

UNIVERSITE DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 85

LANGUETTE HÉPATIQUE ET LITHIASÉ BILIAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 9 Juillet 1918

PAR

Francisco LÓPEZ

INTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON

Né le 21 Novembre 1891, à Quito (Equateur)



LYON

IMPRIMERIE J. PERROUD

Rue de la Charité, 12-14

1918

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 85

LANGUETTE HÉPATIQUE ET LITHIASÉ BILIAIRE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 9 Juillet 1918

PAR

Francisco LÓPEZ

INTERNE DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON

Né le 21 Novembre 1891, à Quito (Equateur)



LYON
IMPRIMERIE J. PERROUD
Rue de la Charité, 12-14

1918

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
ROQUE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.		FABRE
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale.		LÉPINE (J.)
Chimie biologique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne.		TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		X...
Anatomie pathologique.		MORAT
Médecine opératoire.		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		X...
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		COURMONT (P.)
Pharmacologie.		ETIENNE MARTIN
		LESIEUR
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile.	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE VORON NOGIER LATARJET	MM. BRETIN LERICHE THEVENOT (Léon) TAVERNIER CADE MOURIQUAND ARLOING (F.)	MM. GUILLEMARD. POLICARD GARIN SAVY FROMENT THEVENOT (Lucien) PIERY	MM. COTTE DUROUX BONNAMOUR, chargé de fonctions.
--	--	--	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COLLET, Président ; PAVIOT, Assesseur ;
MM. CADE et BONNAMOUR, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7

PREMIÈRE PARTIE

Etude anatomo-physiologique.

CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	12
§ 1 Observations	12
§ 2 Description anatomique	41
CHAPITRE III. — Etude physio-pathologique.....	46
ARTICLE PREMIER. — Hypertrophie monolobaire droite.....	46
§ 1 Arguments tirés de l'Anatomie et de la Physiologie expérimentales	47
§ 2 Arguments anatomiques	50
§ 3 Arguments cliniques	52
ARTICLE II. — Mécanisme de l'hypertrophie localisée.....	54
§ 1 Languette hépatique et lithiase biliaire.....	56
§ 2 Languette hépatique et cancer.....	59

DEUXIÈME PARTIE

Etude clinique.

CHAPITRE PREMIER	60
ARTICLE PREMIER. — Symptomatologie.....	60
ARTICLE II. — Importance clinique de la languette hépatique..	66
ARTICLE III. — Diagnostic clinique de la languette hépatique..	67
CHAPITRE II. — Quelques considérations sur le traitement.....	73
Statistique	77
Conclusions	78
Bibliographie	79

AVANT-PROPOS

Il semble qu'au moment où toutes les activités du corps médical sont tendues vers une seule préoccupation, celle d'atténuer les maux qui frappent les vaillants défenseurs de la France, tout travail qui s'écarte des problèmes médico-chirurgicaux posés par la guerre soit déplacé.

Des observateurs, mieux placés que nous, ont déjà enrichi et enrichiront encore l'arsenal de nos connaissances en matière de thérapeutique de guerre.

Cependant les problèmes si actuels, posés par la Chirurgie et la Médecine de guerre, ne doivent pas nous faire négliger les questions d'intérêt plus général ; c'est pourquoi nous avons cru pouvoir nous attacher à une question, celle de la languette hépatique, sorte de lobe flottant qu'accompagne la lithiasé biliaire. Cette question eût été assurément plus opportune en temps de paix ; mais elle ne sera peut-être pas dénuée de tout intérêt pour plus tard, lorsqu'on commencera à reprendre le cours des anciennes idées interrompues par des préoccupations plus urgentes.

Nous ne saurions garder secrète notre reconnaissance envers les maîtres qui nous ont conduit jusqu'au bout de notre carrière d'étudiant.

Que le témoignage de notre respectueuse sympathie aille d'abord à nos professeurs de l'Université de Louvain que la guerre a dispersés loin de l'Alma mater, de cette Alma mater que des mains criminelles incendièrent le 26 août 1914, sans aucune pitié pour les trésors de sa Bibliothèque, montrant leur intention de faire périr la véritable civilisation par le feu et le sang.

Les professeurs Janssens, Noyons, Havet, Paul Debaisieux nous ont honoré de leur amitié et aidé de leurs conseils soit pendant nos deux premières années d'études, soit aux moments tragiques vécus ensemble dans l'ambulance du Collège Léon XIII, lors de l'occupation allemande en 1914.

Nous nous permettons de rappeler ici, au souvenir des hommes de science, notre regretté maître, le professeur Van Gehuchten, décédé, quelques semaines après le début de la guerre, à Oxford.

Que nos maîtres de la Faculté de Lyon reçoivent ensuite la large part de reconnaissance dont nous leur sommes redevable.

MM. les professeurs P. Courmont et J. Arloing nous ont donné des preuves d'intérêt et offert leurs conseils. Nous les remercions sincèrement.

M. le professeur Collet a bien voulu nous accueillir avec bienveillance et nous fait l'honneur de présider cette thèse. Nous lui sommes vivement reconnaissant.

MM. P. Goullioud, Rafin et Chaballier ont été, au cours de notre internat, à Saint-Joseph, des maîtres bienveillants. Nous les prions d'accepter nos respectueux hommages.

M. Goullioud a bien voulu inspirer cette thèse et nous a procuré les observations enrichies de très beaux dessins de M. Savigny. Qu'il reçoive ici le plus profond hommage de notre gratitude.

INTRODUCTION

La glande hépatique est, nous le savons, constituée par un tissu essentiellement malléable, dépressible et docile à toutes les actions mécaniques qui agissent sur sa masse. Ainsi nous la voyons présenter des dépressions plus ou moins accusées, empreintes laissées par les organes qui l'avoisinent.

Ces empreintes viscérales sont, on le sait, normales dans les deux sexes. Mais chez la femme, et sous l'influence compressive du corset, d'autres empreintes, sous forme de sillons plus ou moins profonds, parcourent la face convexe du foie, au point de créer un véritable type anatomique, qu'on pourrait dénommer le *foie féminin*, et dont Cruveilhier a donné une figure dans son *Atlas d'Anatomie Pathologique* (Voy. pl. I).

Ces déformations et ces sillons accidentels ont été l'objet de l'attention des auteurs et nous renvoyons aux thèses de Chapotot : « L'estomac et le corset » (*Th. de Lyon*, 1892), et de Soulé : « Les sillons costaux du foie » (*Th. de Toulouse*, 1902), et au travail de Buy : « Les sillons diaphragmatiques du foie » (*Bibliographie anatomique*, t. XIII, 1905) le lecteur voulant se documenter sur ce sujet.

Nous n'insistons pas sur ces déformations acquises.

Nous n'insisterons pas non plus sur les autres anomalies du foie qui sont, la plupart du temps, des trouvailles d'autopsie et nous nous contenterons de les signaler. Ces anomalies sont citées dans les *Traité*s d'Anatomie ; telles sont : les foies à 12, à 16 lobes, etc., les lobules accessoires, véritables prolongements linguiformes de la face inférieure du

foie, signalés en 1874, par Lajet (*Soc. Anatomique*), et par Tracher, en 1893 (*Médec. Record.*).

A signaler encore l'atrophie du lobe droit, du lobe gauche, etc. ; les foies ronds et les sillons anormaux notés par M. Charpy chez les nouveau-nés.

Toutes ces anomalies congénitales ont fait l'objet de la thèse de Jacquemet « Considérations sur les anomalies du foie et des voies biliaires » (*Th. de Lyon*, 1895-1896).

Nous n'aurons en vue, dans le présent travail, que l'étude d'une déformation pathologique particulière et fréquente dans la lithias biliaire. Elle a été signalée de loin en loin par quelques observateurs qui se sont contentés d'en faire la description comme d'un phénomène sans autre importance que sa curiosité, sans qu'ils aient recherché ses connexions avec la lithias biliaire : nous voulons parler de la *languette hépatique* dont nous nous efforcerons de démontrer l'importance dans le diagnostic, parfois si difficile, de la lithias fruste, après en avoir auparavant exposé la pathogénie tout à fait inconnue jusqu'ici.

Ce travail comprendra deux parties contenant en tout cinq chapitres ainsi répartis :

Première partie (Anatomo-physiologique).

Chapitre premier. — Historique.

Chapitre II. — Etude anatomo-pathologique, accompagnée d'observations, de schémas et de planches.

Chapitre III. — Explication physio-pathologique de la formation de la languette.

II^e Partie (Clinique).

Chapitre premier. — Etude clinique.

Chapitre II. — Quelques considérations sur le traitement.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Le foie mobile a été l'objet d'une foule de travaux intéressants, tant en France qu'à l'étranger. Les belles études de M. F. Glénard sur l'entéroptose avaient ouvert la voie à celles sur l'hépatoptose. Les recherches du professeur J.-L. Faure, en 1890, sur l'importance des ligaments suspenseurs du foie nous éclaireissent sur le mécanisme de cette hépatoptose étudiée dans sa thèse : « L'appareil suspenseur du foie » (*Th. de Paris*, 1892), et dans la thèse de Duvernoy « Le foie mobile » (*Th. de Paris*, 1898).

Nous renvoyons le lecteur recherchant des détails à l'index bibliographique publié par ces auteurs à la fin de leurs thèses.

MM. Terrier et Auvray ont consacré à cette question un article important dans la *Revue de chirurgie* (1897).

Les lobes flottants sont par contre signalés moins fréquemment et leur étude est restée assez incomplète en ce qui concerne les rapports gardés entre eux et les états morbides avec lesquels ils coexistent.

Cruveilhier, le premier, nous a donné, dans son *Atlas d'Anatomie pathologique*, la figure d'un lobe flottant qu'il attribua à l'action compressive du corset. Mais il nous faut remarquer que ce lobe accompagnait une *vésicule atteinte d'hydropisie*, et qui, fait très intéressant, contenait des calculs.

Nous trouvons, ensuite, dans la *Littérature médicale française*, une observation de Trousseau, datant de 1864, dans laquelle ce maître faisait simplement remarquer la coexistence d'un lobe considéré comme aberrant avec une lithiasie biliaire, chez une femme morte d'une hernie étranglée causée par les efforts de vomissement au cours d'une crise de colique hépatique. Nous donnerons, au chapitre suivant, la description faite par Trousseau lui-même de ce cas si intéressant.

M. Baudouin, interne de M. Terrier, publia, en 1888, une nouvelle observation concernant une femme atteinte de lithiasie vésiculaire et présentant un lobe flottant du foie, qui fut pris pour un rein flottant à droite. Cette femme fut opérée par le professeur Terrier et il constatait, en effet, un lobe flottant descendant vers la fosse iliaque droite. La vésicule contenait un gros calcul de 11 grammes.

Pichevin, à la suite de cette publication, rapporta la même année, un autre cas : il s'agissait d'une femme morte de tuberculose et chez laquelle il trouva, à l'autopsie, un lobe hypertrophié à droite, de 16 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ de long.

M. J.-L. Faure, en 1891, reproduisit les cas de Baudouin et de Pichevin et ajouta le cas personnel d'une femme de 30 ans dont l'autopsie fit découvrir un lobé droit plongeant dans le bassin et dont l'extrémité inférieure était à 20 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ au-dessous de l'appendice xiphoïde et dépassait de 14 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ le rebord costal droit.

Il faut citer encore deux cas très intéressants de lithiasie du cholédoque accompagnés de lobe flottant à droite, publiés par M. Gérard Marchant, en 1896. Nous en donnons le résumé au chapitre suivant.

Une observation de Billroth, datant de 1884, et une autre de Tscherning, de Copenhague, datant de 1886, ont été publiées à l'étranger.

Un peu plus tard, en 1888, alors que l'observation de M. Baudouin était imprimée, paraissait en Allemagne un travail de Riedel qui avait réuni six cas de lobe flottant à

droite, accompagnant des lésions de la vésicule. L'auteur allemand fit sienne la découverte du lobe flottant lié à la lithiasé vésiculaire.

En 1904, Mayo Robson publia, dans son traité des *Maladies de la vésicule biliaire*, le cas d'une femme à laquelle il enleva la vésicule cachée sous un lobe flottant, auquel il donnait, avec les autres auteurs anglais, la dénomination de « lobe de Riedel ».

Depuis l'observation de Terrier, publiée par Marcel Baudouin, l'appendice linguiforme, observé dans la cholestite calculeuse et dans les autres formes de lithiasé biliaire, est entré dans la catégorie de ce qu'on appelle *lobe flottant* du foie. Cette dénomination prête à confusions : le lobe signalé par Terrier étant lié intimement à la lithiasé biliaire et n'étant, par conséquent, qu'une simple anomalie du foie qui coïnciderait par hasard avec les lésions calculeuses des voies biliaires.

Nous proposons de réserver le nom de *lobes flottants* aux lobes anormaux indépendants de la lithiasé biliaire ; celui de *lobes de constriction* à ceux résultant du resserrement du foie par le corset, et nous donnerons le nom de *languette hépatique* au lobe généralement connu sous le nom de *lobe de Riedel*, dénomination inexacte, le travail de Riedel ayant été publié en 1888, alors que l'observation de Trousseau date de 1864 et que l'observation de MM. Terrier et Baudouin était déjà publiée en France.

Le professeur Trousseau a été donc le premier à donner une description de cette déformation du foie lié à la lithiasé. Les auteurs qui l'ont observée, bien qu'ils ne se soient contentés que de la décrire, ont cependant attiré quelque peu l'attention sur cette lésion curieuse qui n'a pas été tout à fait méconnue en France puisque en dehors des auteurs cités elle a été signalée par Glénard, Segond, Letulle, Dieulafoy, Chauffard, etc.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

L'étude de la *languette hépatique* doit naturellement être précédée des compte rendus des observations qui nous ont incité à nous occuper de la lésion en question.

Nous réunirons donc les quelques cas épars signalés par les différents auteurs. Nous présenterons à la suite les observations recueillies à l'hôpital Saint-Joseph, où notre chef de service, le Dr P. Goullioud, a eu l'occasion de constater cette lésion dans nombre de cas.

De la plupart des observations nous retiendrons principalement ce qui concerne notre sujet, en nous contentant de résumer les autres détails.

Nous pourrions ainsi donner une description d'ensemble, d'après les cas les plus typiques, que des planches et des schémas viendront illustrer.

§ 1. *Observations.*

Cas de Cruveilhier.

(*Livre XXIX, pl. 4.*) *Anatomie Pathologique du corps humain.*

La planche I représente la partie inférieure de la face convexe du foie. La douzième côte et le rebord cartilagineux de la base du thorax ont imprimé sur cet organe un sillon très prononcé. Toute la partie du foie qui est au-dessous de ce sillon débordait donc les côtes (fig. 1). La vésicule du fiel V F très volumineuse descendait jusque dans la fosse iliaque droite. La portion du foie correspondante à la fossette de la vésicule T F avait subi la transformation fibreuse. Le col de la vésicule est rempli par un calcul biliaire anguleux, sur lequel elle se moule exactement (fig. 2). La vésicule contient une sérosité visqueuse et limpide. Trois calculs à facettes

flottaient au milieu de cette sérosité. Un quatrième calcul était enchatonné ou enkysté de manière à pouvoir être difficilement retiré de l'espèce de chaton dans lequel il était comme emprisonné. Le canal cystique y était très resserré, sans toutefois être oblitéré.

Cas du Professeur Trousseau.

In Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, p. 231, t. III.

OBSERVATION I

Ictère. — Coliques hépatiques. — Tumeur de la région vésiculaire prise pour une grosse vésicule. — Violente crise de colique hépatique ayant déterminé l'étranglement d'une hernie. — Kélotomie. — Mort. — Autopsie. — Foie cirrhotique. — Gros lobule du foie droit. — Calculs dans la vésicule et dans l'hépatique très distendus. — Fistule cysto-duodénale. — Oblitération du cholédoque.

Dans le courant de l'année 1863, entraît, au n° 28 de la salle Saint-Bernard, une femme de 53 ans. Elle nous apprenait que, quelques années auparavant, elle avait été reçue dans le service de M. le Dr Réhier, à l'hôpital Beaujon, et traitée d'une paraplégie avec lésion du corps des vertèbres.

La paraplégie avait été heureusement guérie.

Nous fûmes tout d'abord frappés de la teinte profondément ictérique de la peau, et notre attention dut immédiatement se fixer sur le foie. La malade nous raconta que, depuis quelques semaines, elle éprouvait de violentes crampes d'estomac qui étaient accompagnées de nausées, quelquefois de vomissements, et le lendemain la peau devenait jaune, les urines prenaient une teinte très foncée. Chaque fois qu'elle avait ces accidents, elle prenait de la fièvre caractérisée par un frisson suivi d'une chaleur vive et prolongée, sans sueur consécutive. Quelques semaines après son entrée à l'hôpital, elle eut une colique beaucoup plus violente. La douleur de la région hépatique prit une intensité extrême, et pendant une semaine au moins nous pensâmes qu'il était survenu une forte hépatite avec une inflammation de la vésicule. Puis, pendant près d'un mois, il y eut, chaque jour, un frisson revenant à peu près à la même heure, suivi de chaleur et de sueur ; l'ictère ne diminuant pas, la douleur s'exaspérant toujours au début de l'accès fébrile.

Nous restions dans l'idée que la fièvre était causée par l'hépatite

et par l'inflammation de la vésicule sollicitée chaque jour par un calcul qui se présentait à l'entrée du col cystique.

Quand on palpait le foie, on trouvait le viscère dur et très sensible dans toute son étendue. A droite, le grand lobe dépassait de 6 à 8 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ le rebord des côtes ; et comme les parois du ventre étaient souples et minces, il était facile de suivre le bord tranchant du foie, jusqu'au point où il se perdait sous l'hypochondre gauche.

Après que, dans l'étendue de 10 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ à peu près, on avait suivi le bord tranchant du foie, en allant de droite à gauche, tout à coup on trouvait un ressaut formé par un corps orbe, tenant au reste du foie par sa base, et faisant saillie en bas : il pouvait avoir le volume d'une petite orange, il était dur, sans inégalités, et fort douloureux ; puis venait une autre scission, limitant à gauche la saillie dont nous venons de parler, et nous retrouvions alors le bord du foie que nous pouvions suivre désormais avec la plus grande facilité.

Toutes les personnes qui fréquentent le service purent répéter cette exploration, et toutes, comme nous, pensèrent que la tumeur que l'on sentait sur le rebord du foie était formée par la vésicule distendue ; aussi nous restâmes plus que jamais attachés à l'idée qu'il y avait des calculs vésiculaires, une oblitération du canal cystique par un des calculs, une inflammation de la vésicule avec distension extrême ; et en même temps hépatite subaiguë.

Cependant, deux mois après son entrée, notre malade sortait en parfait état. L'ictère s'était peu à peu dissipé ; les douleurs paroxystiques ne s'étaient plus reproduites qu'à d'assez longs intervalles, puis elles avaient cessé. La fièvre était tombée, l'appétit, l'embonpoint étaient revenus ; il ne restait plus, quand la malade quitta l'hôpital, qu'une douleur toujours assez vive dans la région hépatique, et la tumeur dont nous avons parlé avait diminué à peu près de moitié. Il devenait évident pour moi que les calculs étaient restés et que la vésicule les tolérait aujourd'hui.

Mais à la fin décembre 1863, cette femme, qui avait joui pendant six mois d'une bonne santé, rentrait dans notre service pour des accidents de tous points identiques avec ceux pour lesquels nous l'avions déjà soignée : mêmes douleurs hépatiques, survenant toujours vers le soir, d'une façon irrégulièrement intermittente, toujours accompagnées d'un véritable accès de fièvre, avec frisson ordinairement peu violent, et toujours suivies d'ictère : l'accès fébrile et l'ictère ayant une intensité proportionnelle à celle des douleurs. Dans l'intervalle de celles-ci, la santé était tolérable ; l'appétit revenait, la malade se levait, descendait au jardin, se livrait aux travaux de son sexe et perdait peu à peu sa teinte ictérique ; parfois même les périodes de rémission étaient assez prolongées pour que

la malade parlât de nous quitter. Cependant, elle portait toujours, dans l'hypochondre droit, une tumeur volumineuse, présentant toujours la même forme que j'ai décrite ; douloureuse au moment des accès, et très peu sensible, au contraire, dans les intervalles de rémission.

A la suite des efforts de vomissement, causés par les attaques de colique hépatique, une hernie inguinale s'était produite à droite, et de temps à autre cette hernie faisait souffrir la malade. Or, le 20 mai 1864, les vomissements devinrent tout à coup extrêmement fréquents, une vive douleur se faisait simultanément dans la tumeur herniaire et le lendemain matin il n'était pas douteux que la hernie s'était étranglée. L'opération de la kélotomie fut faite, mais la femme n'en succomba pas moins deux jours plus tard.

Voici les lésions imprévues que nous trouvâmes du côté du foie :

Les dimensions de la glande ne sont pas très notablement augmentées : l'organe déborde d'environ 4 à 5 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ le rebord des fausses côtes, et présente, vers son bord tranchant, une disposition singulière. Une échancrure profonde marque la séparation entre la portion gauche et la portion droite ; mais, un peu plus en dehors, une nouvelle échancrure se manifeste sur le bord antérieur : entre ces deux scissures se trouve compris, un gros lobule à forme arrondie, dont la présence, en cet endroit, a pu faire croire à une saillie de la vésicule biliaire, distendue par des calculs.

L'aspect général de la glande rappelle celui de la cirrhose. Sa surface externe est parsemée d'une multitude de granulations d'un blanc jaunâtre, entre lesquelles on aperçoit la teinte, d'un brun foncé, de la masse glandulaire ; la couleur de l'organe est cependant beaucoup moins jaune que dans la cirrhose et sa déchirure n'offre point l'aspect granuleux qui caractérise cette lésion.

A sa face inférieure le foie semble présenter une double vésicule biliaire : on voit, en effet, au niveau de la fossette de la vésicule, deux tumeurs piriformes, l'une et l'autre manifestement distendues par des calculs. La poche la plus volumineuse est située en dedans (c'est la vésicule), immédiatement en dessous de ce lobule isolé que nous avons décrit. Sa forme globuleuse et la résistance qu'elle présente indiquent suffisamment l'existence de masses solides à son intérieur. Le col de cette tumeur donne naissance à une multitude de canaux très dilatés qui sont arrondis à l'intérieur des lobules. Parmi ces canaux, on en remarque principalement deux, qui dérivent deux courbes concentriques, à concavité tournée en avant : le premier se rend dans la partie supérieure et postérieure du lobe gauche ; le second envoie une ramification dans le lobe carré et se perd dans la partie antérieure de l'extrémité interne du foie.

Il n'existe donc aucune trace de la disposition habituelle des conduits biliaires ; on ne peut trouver de canal cholédoque. Un cordon fibreux, compris dans l'épaisseur d'un repli péritonéal, passe de la partie moyenne du conduit curviligne que je viens de signaler et se dirige en bas : mais il est coupé à l'extrémité de son origine, ce qui ne permet point d'en découvrir la terminaison.

Quant à la poche accessoire, située en dehors de la vésicule à laquelle elle adhère par son sommet, elle présente une forme ovoïde, et se trouve fixée à la face inférieure du foie par des adhérences intimes qui la maintiennent dans une immobilité complète.

Après avoir constaté ces dispositions à l'extérieur, on procède à l'ouverture du réservoir biliaire et des conduits afférents. Chaque incision pratiquée sur le trajet des canaux dilatés laisse échapper des flots de bile jaune, renfermant beaucoup de petits graviers. La vésicule, à sa partie inférieure, renferme un calcul du volume d'une grosse noix, arrondi, et jaune à l'extérieur comme à l'intérieur. Au-dessus du point occupé par le calcul, une vaste ampoule cylindroïde constitue un réservoir commun, auquel viennent aboutir tous les canaux biliaires. Les parois de la vésicule sont notablement épaissies.

A la base de cette dilatation des capillaires, immédiatement au-dessus du calcul et en dehors, se trouve une série de lignes figurant assez bien les pas-de-vis du canal cystique. Au-dessus de ce point, on voit une cicatrice arrondie, dont le centre est percé d'un étroit pertuis qui conduit dans la poche accessoire que nous allons maintenant décrire. Un autre trajet fistuleux vient aboutir au duodénum.

La poche accessoire, remplie de trois gros calculs et de trois petits, tous à facettes, décolorés à l'extérieur et jaunes à l'intérieur, communique avec la vésicule par une petite cavité dans une capsule arrondie qui ressemble parfaitement à un canal rétréci à ses deux extrémités. Le fond de cette poche est large et rempli par les trois calculs que nous avons signalés. Les parois, fort épaisses, présentent, à l'intérieur, une membrane marbrée d'arborisations vasculaires et remplies d'un liquide blanchâtre dans lequel le microscope fait voir de nombreux globules de pus mêlés à des gouttelettes graisseuses. Les parois mêmes de cette poche, examinées au microscope, n'ont offert que des éléments de tissu conjonctif ; la surface interne de cette cavité est tapissée par un épithélium pavimenteux.

Le duodénum, parfaitement sain d'ailleurs, a contracté d'intimes adhérences avec la vésicule ; c'est à travers ces adhérences, et par un trajet oblique, que s'est établie une communication fistu-

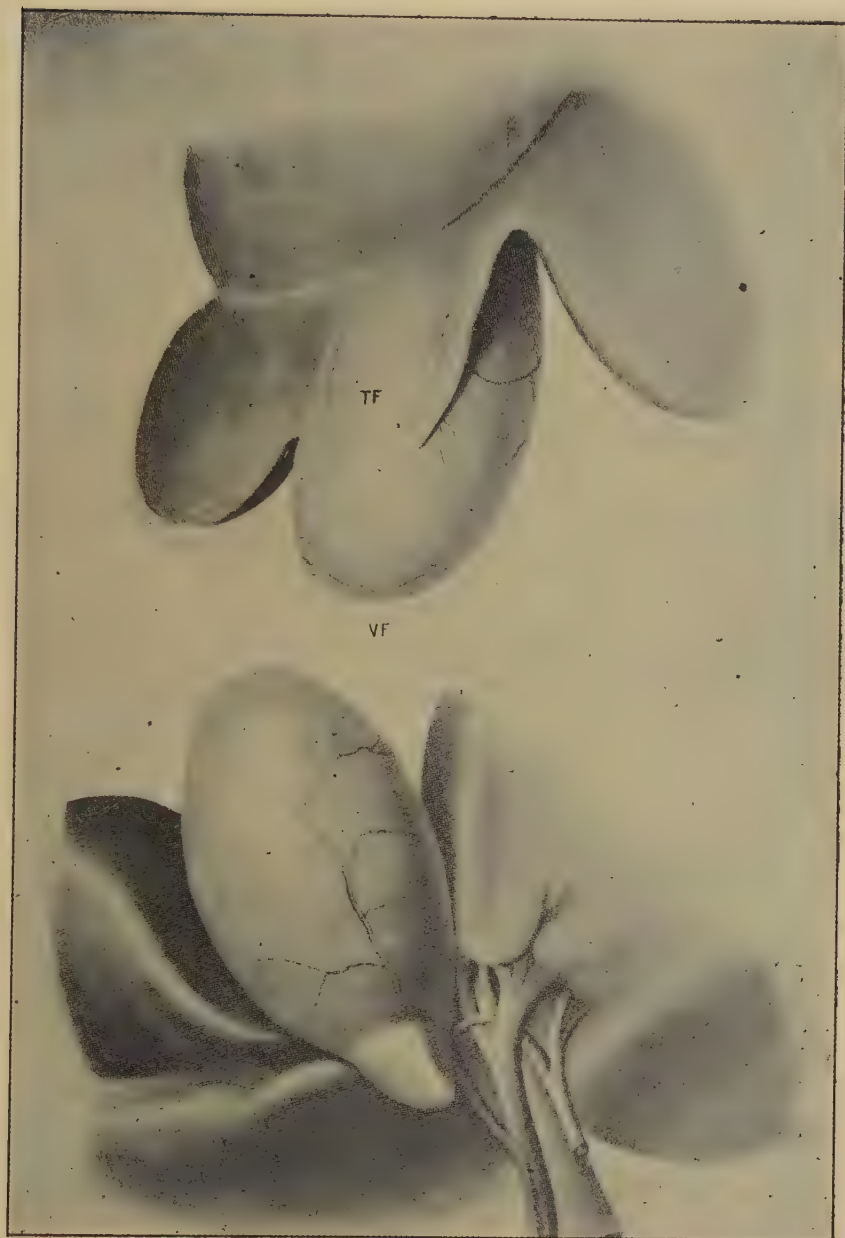


Fig. 1

Fig. 2

Pl. I

(D'après Cruveilhier)

leuse entre la vésicule et le tube digestif. L'orifice intestinal est parfaitement lisse et arrondi, il s'ouvre au commencement de la seconde portion du duodénum et laisse passer sans difficulté la canule d'un trocart capillaire. L'orifice opposé est plus petit et semble taillé à l'emporte-pièce.

C'est donc par cette voie indirecte que la bile filtrait de temps en temps dans l'intestin, en l'absence du conduit cholédoque oblitéré. Restait à déterminer la position des vestiges de ce conduit. Les lignes en pas-de-vis, situées auprès de l'orifice de communication de la vésicule avec le kyste voisin, semblait indiquer que là se trouvait l'origine du canal cystique : la vésicule proprement dite se réduisait donc à la poche qui renfermait le calcul ; et l'ampoule énorme qui la surmontait, et qui recevait tous les canaux biliaires, n'était que le canal hépatique énormément dilaté.

Quant au canal cholédoque, c'est sans doute le cordon fibreux, ou une ramification du conduit hépatique, qui en représentait le dernier vestige.

Effectivement, ce cordon fibreux occupait le siège anatomique du canal excréteur de la bile ; il offrait une cavité distincte, dans une longueur de 2 à 3 $\frac{m}{m}$, et devenait ensuite imperméable. Il est fâcheux qu'il n'ait pas été possible d'en suivre le trajet jusqu'à l'ampoule de Vater, ce qui aurait jugé la question. Mais on ne saurait douter que la poche, accolée à la vésicule biliaire et communiquant avec elle, n'ait été un kyste accidentel formé autour de calculs tombés dans la cavité péritonéale.

Ce fait présentait, entre autres particularités remarquables, une série d'attaques de coliques hépatiques dont chacune était caractérisée par un véritable accès de fièvre intermittente, venant toujours dans l'après-midi. Ou elle était la cause de cette intermittence dans les phénomènes, alors que la lésion des voies biliaires était si profonde, si invétérée et si permanente ?

J'ajoute encore qu'il était impossible de ne pas prendre pour la vésicule distendue par des calculs un lobule irrégulier qu'on sentait à travers les parois de l'abdomen. Or, on voit d'ici l'embarras du chirurgien qui aurait osé porter une main téméraire sur cette prétendue vésicule, en vue d'évacuer les calculs supposés. Je ne fais cette allusion que parce que quelques-uns de ceux qui suivent la visite avaient discuté un moment l'opportunité d'une opération que, pour ma part, j'aurais formellement repoussée.

Cas de Terrier et Baudouin.

Progrès Médical, Paris, août 1888.

OBSERVATION II (Résumée).

Troubles digestifs sans ictère. — Tumeur formée au dépens du lobe droit du foie prise pour un rein flottant à droite. — Vésicule contenant un gros calcul. — Cholécystotomie. — Guérison.

M^{me} P... Emilie, âgée de 52 ans, ménagère, entre le 27 mars 1888, dans le service de M. le D^r Terrier.

Depuis longtemps, cette femme accuse des troubles digestifs : digestions pénibles et constipation, phénomènes qui persistent encore.

Le 3 janvier 1888, la malade a dû s'aliter, par suite de douleurs très vives dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite et l'hypochondre du même côté. Ces douleurs s'irradiaient dans les lombes et au creux épigastrique. On fit le diagnostic de péritonite localisée.

Jamais d'ictère ni des coliques hépatiques typiques, mais des accès intermittents douloureux. En réalité, lorsqu'on l'examina à l'hôpital, on rapporta ces phénomènes à un rein flottant.

Etat actuel, le 4 mai 1888. — Bonne santé générale ; pas d'amaigrissement. Bon facies. Pas de troubles digestifs notables, pas de vomissements, etc. Cependant, l'appétit est peu marqué, les digestions difficiles.

La malade éprouve des douleurs qui ont les caractères suivants : elles siègent dans la région lombaire du côté droit et dans l'hypochondre du même côté ; elles varient en intensité, suivant les conditions dans lesquelles se trouve cette malade. Quand la malade est couchée, elles sont à peine appréciables ; elles disparaissent presque par le séjour au lit prolongé. Elles augmentent pendant la station assise et se traduisent alors par une sensation de tiraillement dans les lombes. Dans la station debout, elles sont beaucoup plus marquées, deviennent vives quand la malade reste longtemps dans cette position ; elles s'accompagnent de pesanteur au bas ventre. Pendant la marche, elles augmentent encore ; la malade, pour pouvoir marcher, est obligée, dit-elle, de tenir son ventre à pleines mains ; elle diminue ainsi l'intensité des tiraillements qu'elle ressent. Actuellement, et depuis son séjour à l'hôpital, il n'y a pas de crise douloureuse spontanée, survenant sans cause, sans déplace-

ment brusque de la malade. On peut palper le côté droit du ventre sans provoquer une douleur bien notable ; cependant, quand on essaye d'imprimer des mouvements à la tumeur abdominale, quand on déprime assez fortement la paroi, on détermine un peu de douleur, surtout en un point situé près de l'ombilic.

Lors de l'examen au lit, le ventre ne paraît pas plus volumineux qu'à l'état normal. La paroi abdominale est souple et dépressible.

A la palpation de l'hypochondre droit et de la région périombilicale du même côté, on sent une grosse tumeur lisse, du volume presque des deux poings, solide, un peu allongée, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans ; elle commence à un travers de doigt au-dessous des fausses côtes, descend presque dans la fosse iliaque droite, et n'est éloignée de la ligne blanche que de deux travers de doigt. Cette tumeur est extrêmement mobile ; on la déplace facilement dans tous les sens, mais d'une quantité relativement minime. On peut la saisir, l'envelopper, pour ainsi dire, avec les deux mains, à travers la paroi, en la saisissant par en bas surtout ; elle ne présente pas de bosselures, mais ses limites sont peu précises. On ne peut préciser son extrémité supérieure, tandis qu'en bas elle se termine par un bord plus appréciable. L'examen et la palpation de la région lombaire ne donnent pas de renseignements précis. On ne peut se rendre compte si le rein est ou n'est pas à sa place habituelle. **La tumeur est mate dans toute son étendue** et, quand la malade est debout, elle fait une saillie assez notable qu'on ne constate pas dans le décubitus dorsal. Pas d'ascite. Pas de troubles du côté des urines : pas de pus, pas de sang, etc. Rien du côté des organes génitaux internes ni des autres appareils.

Le diagnostic posé est *rein flottant à droite*. *Opération* le 8 mai 1888 par M. Terrier qui fait, de parti pris, une laparotomie exploratrice, se réservant d'intervenir ensuite suivant les circonstances. Les aides sont MM. Quénu et Périer. Instruments stérilisés à l'étuve Wiesneg par M. le Dr Poupinel.

Incision sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic. Il se présente, entre les lèvres de l'incision, une tumeur brunâtre, qui a tous les caractères d'une portion du foie. L'exploration de la cavité abdominale montre que le rein est bien en place et nullement malade. La tumeur, qu'on sentait pendant la vie, est constituée par **un lobe du foie très développé et qui descend vers l'ombilic et la fosse iliaque droite**. D'ailleurs, ce lobe hépatique paraît un peu malade ; il est dur, comme sclérosé, mais sans irrégularités à sa surface. Il n'y a pas de kyste hydatique du foie.

En poursuivant l'examen des organes de la cavité abdominale on trouve la vésicule biliaire non distendue, mais occupée par un

assez *volumineux calcul*. Ses parois sont exactement appliquées sur le calcul. M. Terrier se résout à faire la cholécystomie seulement. Il extrait, par l'ouverture de la vésicule, un gros calcul biliaire de la forme et du volume d'une forte olive et qui pèse 11 grammes.

Il paraît avoir un peu de *péricystite*, surtout près du col de la vésicule.

Le fond de la vésicule est suturé à la plaie abdominale. La tumeur est replacée dans le ventre, mais sans être fixée à la paroi. Gros drain dans la vésicule. *Suites opératoires* normales. 8 Mai, soir, 37°2 ; pouls, 100 ; R. 24.

Le 14 juin, elle sort de l'hôpital sur sa demande, avec une petite fistule biliaire, dont l'orifice pourrait admettre un stylet.

Le 31 juillet, la malade revient voir M. Terrier. Depuis l'opération elle ne ressent plus de douleurs vive, elle n'a pas eu d'accès douloureux, de crises analogues à celles qu'elle présentait jadis à deux reprises différentes. Elle éprouve encore une sensation de pression abdominale au niveau de la tumeur hépatique ; de même après un accès de toux ou une fatigue quelconque.

Le foie présente à sa partie antéro-inférieure la tumeur qui, à un examen superficiel, donne toujours la sensation d'un rein mobile. Cependant, aujourd'hui que l'on sait qu'il s'agit d'un lobe du foie flottant, on se rend assez facilement compte, en palpant avec attention la région, que le rein n'a rien à voir avec cette tumeur. En effet, si, appliquant une main dans la région lombaire, on place l'autre sur la paroi abdominale, après avoir soulevé et relevé un peu le lobe hépatique flottant, si l'on exerce avec cette main une pression modérée sur les parties qu'elle recouvre, on sent manifestement l'extrémité inférieure du rein droit, en place ; et si l'on accentue la pression, on a la sensation de quelque chose qui fuit sous les doigts : c'est le rein qui remonte un peu dans sa loge celluleuse. — D'autre part, à la percussion de l'hypochondre droit, on trouve que le foie est volumineux, et qu'il y a un léger abaissement de la limite supérieure de la matité hépatique.

Le lobe flottant a des dimensions telles qu'on note 26 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ de l'appendice xiphoïde à son extrémité inférieure, un peu douloureuse à la pression, qu'il dépasse de 17 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ le rebord des fausses côtes sur la ligne mamillaire. Il a une largeur d'environ 12 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ à sa partie moyenne, qui correspond à une ligne horizontale, passant par la 12^e côte. Il y a 18 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite et l'extrémité inférieure de ce lobe hépatique se termine, sur cette ligne, à 10 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ du nombril. Le reste du ventre est souple. Rien à noter dans les autres organes.

On touche au thermocautère un pertuis par où sort la bile.

M. Marcel Baudouin, qui fit publier cette observation avant d'avoir eu connaissance du travail de Riedel, fait quelques remarques sur le rôle joué par le lobe flottant, auquel il n'est pas tenté d'attribuer la gravité des symptômes présentés par la malade avant l'ablation du calcul et du drainage de la vésicule.

Les deux cas de M. Gérard Marchant.

De la cholédoectomie. *Presse Médicale*, 6 juin 1896.

OBSERVATION III (Résumée).

Coliques hépatiques. — Tumeur formée au dépens du lobe carré prise pour une vésicule dilatée. — Cholédoectomie pour calculs du cholédoque. — Guérison.

L... Marie, 37 ans, a eu des coliques hépatiques de plus en plus fréquentes depuis deux ans. Entre à l'hôpital Tenon le 28 novembre 1895 avec ictère total et selles caractéristiques. Pas de fièvre. La palpation de la région hépatique montre un foie normal, ne dépassant pas les côtes. On sent, au niveau du bord externe du grand droit, à la hauteur de la 10^e côte, une tumeur dure, à contours limités et arrondis en bas et qui semble être une vésicule biliaire distendue. La palpation n'est pas douloureuse. Les antécédents de lithiasé sont certains et l'ictère montre qu'il y a un obstacle sans doute dû à des calculs ; mais ces calculs sont-ils dans le col de la vésicule, ce que l'on pourrait croire à cause de la tumeur résistante qui semble formée par la vésicule, ou bien dans le cholédoque ?

Incision. On voit un lobe du foie, *le lobe aberrant* se rattachant au lobe carré et, que par la palpation, on avait attribué à une vésicule dilatée.

La vésicule est normale, rapetissée.

Calculs du cholédoque.

OBSERVATION IV (Résumée).

Coliques hépatiques. — Languette hépatique. — Cholédoectomie pour calculs du cholédoque. — Guérison.

Homme de 50 ans, entré à Tenon le 25 mars 1896. A 30 ans, crise de coliques hépatiques ; à 35 ans, 2^e crise ; à 40 ans, 3^e crise ; à

45 ans, 4^e crise. Puis des crises tous les ans et même 2 crises par an. Dernière crise le 5 décembre 1895.

Par la palpation et surtout par le ballotement on perçoit une masse volumineuse qui descend dans le flanc droit à hauteur de l'ombilic. Cette masse ne donne pas l'impression d'une vésicule remplie de calculs.

Laparotomie, le 15 avril 1896. — On arrive sur le foie et on voit que la masse perçue par le ballotement est constituée par une languette dépendant du lobe droit du foie, qui descend en s'aminçant dans le flanc droit, le long de la paroi. La vésicule, grosse comme une noix, est sans calculs.

Calculs du cholédoque.

L'auteur fait remarquer, ensuite, les difficultés du diagnostic que présente l'existence d'un appendice linguiforme du foie dans les cas de lithiase du cholédoque. Nous y reviendrons à propos de l'importance clinique de la languette hépatique.

Les six cas de Riedel.

Berliner Klinische Woch., juillet 1888.

OBSERVATION V (Résumée).

Cholécystite et languette hépatique formant une grosse tumeur. — Cholécystotomie. — Guérison.

Femme de 30 ans. Après la naissance de son premier enfant, il s'est établi sur le rebord droit du foie une petite masse dure et mobile attribuée à un rein flottant. La tumeur apparaissait de temps à autre pour disparaître ensuite ; elle était parfois douloureuse. Six mois plus tard des douleurs débutent du côté droit pour s'irradier à l'épaule. Après, cette masse disparaît pour laisser place à une autre attenante au foie et qu'on perçoit par la palpation du bord inférieur hépatique. En même temps, la malade a des vomissements verdâtres, des douleurs vives dans la région hépatique. Pas d'ictère. D'ailleurs ce dernier symptôme fera défaut pendant le courant de la maladie. Anorexie, air misérable et déprimé.

L'examen nous montre une femme anémiée. On sent un prolongement partant du bord droit du foie et s'étendant jusqu'à la région ombilicale. Il est long de 10 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$, large de 8 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ à sa base et de 4 $\frac{\text{cm}}{\text{m}}$ à sa partie inférieure ; la palpation de celle-ci est bien facile à travers

une paroi abdominale lâche, et on sent très bien le rebord tranchant inférieur.

En percutant la tumeur, on constate de la submatité et partout ailleurs du tympanisme ; le prolongement devait donc être mince ; il était mobile avec les mouvements respiratoires ; il était sensible à la pression.

Un diagnostic exact était impossible, et une incision exploratrice s'imposait.

Incision le 6 septembre 1887, sans prévenir la malade. Elle montre un prolongement hépatique d'aspect normal, adhérent par la pointe à la paroi abdominale. Le doigt explore les deux rebords de cet appendice et tombe des deux côtés sur une tumeur fluctuante qui n'atteignait pas l'extrémité du prolongement hépatique. Vers la partie médiane du prolongement, la tumeur adhérait à l'épiploon. Lorsqu'on eut détaché ce dernier on se trouva en présence d'une tumeur tendue, jaunâtre, qui ne pouvait être que la vésicule. Elle fut suturée avec le péritoine de la paroi antérieure de l'abdomen. Mèches. Huit jours plus tard incision de la vésicule, d'où coula un liquide inodore, atteignant $\frac{1}{2}$ litre, sans calculs. En explorant le bord du foie, on sentait qu'il était d'une épaisseur d'environ 1 $\frac{c}{m}$. Vers la partie haute du prolongement hépatique, celui-ci était brillant et allait en s'épaississant jusqu'à son union avec la masse du foie. Des deux côtés il s'amincissait et n'atteignait qu'une épaisseur de 2 $\frac{m}{m}$. Sa face antérieure qui, lors de la première incision était lisse et tendue, apparaissait plissée de haut en bas de sorte que le prolongement s'était raccourci.

Les suites éloignées furent favorables : la sécrétion devint sereuse et il ne restait, quand la malade quitta la clinique, qu'une fistule en voie de guérison.

OBSERVATION VI (Résumée).

Femme de 49 ans, mère d'une nombreuse famille. Depuis 4 à 5 ans, vomissements, constipation, douleurs dans le ventre, léger ictère. On constate, par la palpation et par la laparotomie, l'existence d'un appendice dur et lisse du lobe droit du foie, descendant jusqu'à l'ombilic, large de 10 $\frac{c}{m}$ à la base et de 4 $\frac{c}{m}$ à la pointe. Vésicule contenant du pus et 110 calculs. Guérison.

OBSERVATION VII (Résumée).

Femme de 39 ans, dont l'examen révèle un prolongement du lobe droit du foie descendant jusqu'à 2 $\frac{c}{m}$ au-dessous de l'ombilic.

Vésicule très distendue contenant 250 grammes de liquide et 130 calculs.

OBSERVATION VIII (Résumée).

Femme de 30 ans, présentant une tumeur en connexion avec le foie, dont la pointe descend à 1 $\frac{1}{2}$ en-dessous de la ligne biépineuse et dépasse la ligne médiane de 2 $\frac{1}{2}$.

La vésicule contenait des sérosités, un gros calcul et elle accompagnait le prolongement hépatique.

OBSERVATION IX (Résumée).

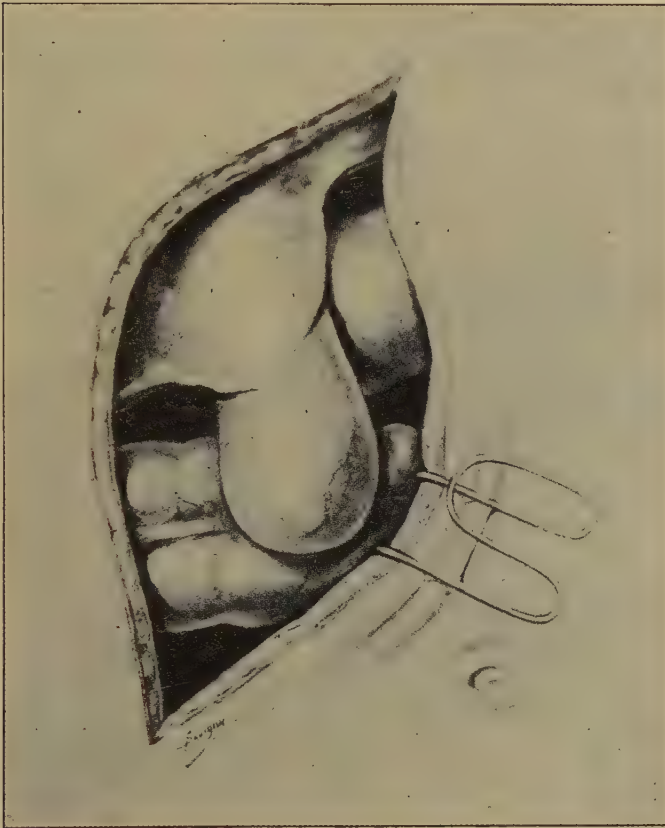
Femme de 42 ans, souffrant depuis 9 ans de coliques hépatiques. On constate un appendice en languette, au-dessous duquel on sent distinctement la vésicule grosse comme le poing. La vésicule contenait un liquide muqueux. Guérison.

OBSERVATION X (Résumée).

Femme de 42 ans, qui a souffert de violentes crises de coliques hépatiques. On constate un prolongement du lobe droit du foie, de forme arrondie, à bords tranchants et dépassant par son bord inférieur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. La vésicule contenait 2 gros calculs, du pus et des sérosités. Guérison.

L'auteur essaie de donner une explication de la formation de ce prolongement et, à cet effet, il fait remarquer qu'il ne l'a constaté que chez des femmes et qu'il est possible que le mécanisme de sa formation soit dû à une striction du col de la vésicule provoquée par les vêtements serrés. Cette striction serait accompagnée accidentellement de cholécystite et de péricholécystite. Il résulterait de là une stase biliaire suivie de la formation de calculs, ce qui expliquerait, pour l'auteur, la fréquence de la lithiase chez les femmes.

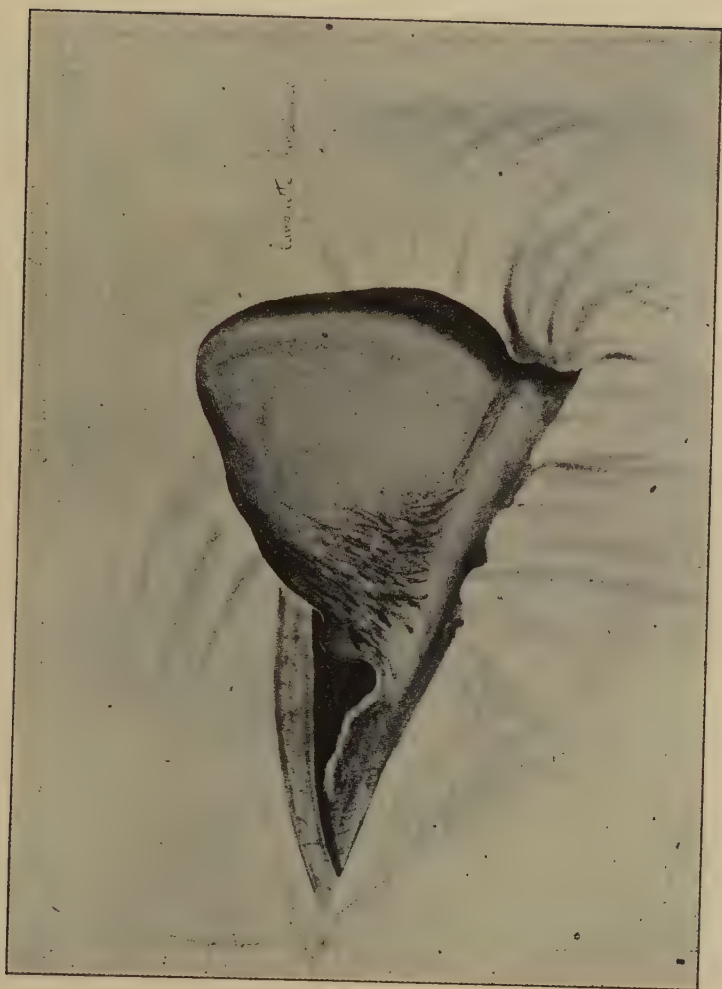
Nous ne pouvons pas nous rallier aux conclusions du chirurgien allemand, car le prolongement signalé par lui se trouve avec la même fréquence dans les deux sexes.



Pl. II (Obs. XII)
Grosse vésicule entraînant une languette hépatique.

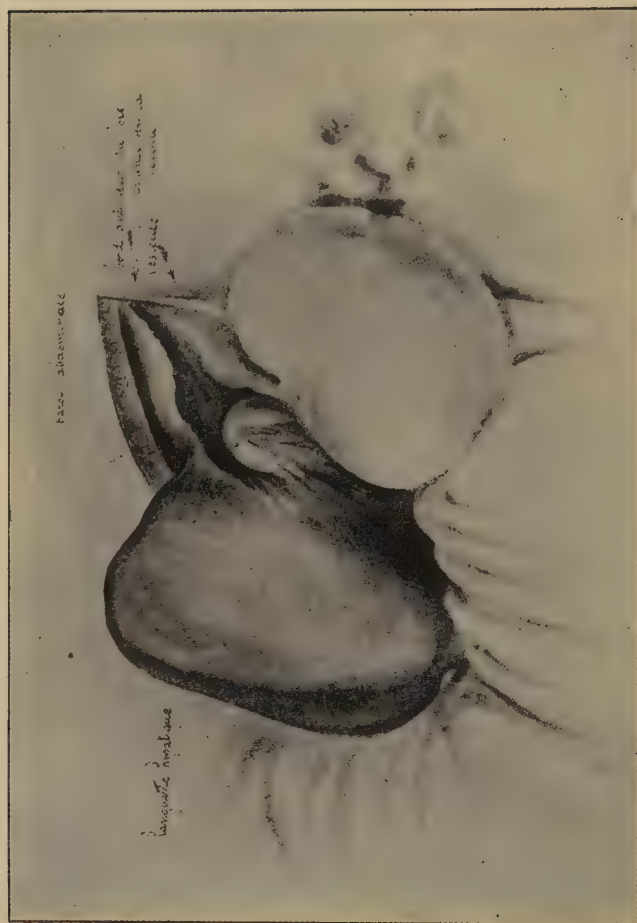


Pl. III
Languette hépatique dans un cas de lithiase du cholédoque. (Obs. XIII)



Pl. IV
Languette hépatique.

(Obs. XIV)



Obs. XIV)

Pl. V

Langue hépatique relevée pour laisser voir la vésicule.

proportionnellement au nombre de lithiasiques, que nous savons être de beaucoup supérieur dans le sexe féminin par comparaison au sexe masculin.

L'explication de cette prédominance ne serait pas suffisante s'il nous fallait admettre que la compression du col de la vésicule par le corset met un obstacle au cours de la bile, favorisant ainsi la précipitation des sels biliaires et la formation de calculs.

Cette explication qui aurait suffi en 1888, ne doit plus être admise depuis que les beaux travaux du professeur Chauffard et de ses élèves attribuent à la cholestérinémie, plus accentuée de la période génitale féminine, un rôle prépondérant dans la formation des calculs biliaires chez la femme.

D'autre part, sur les six cas de lithiasie biliaire, publiés par Riedel, quatre sont accompagnés de suppuration et d'augmentation de volume de la vésicule ; dans deux cas il n'y avait pas d'inflammation de la vésicule. L'augmentation de volume de la vésicule ne suffit donc pas à expliquer la formation du prolongement hépatique décrit par cet auteur.

Cas de Mayo Robson.

Diseases of the Gall-Bladder and bile ducts, London, 1904.

OBSERVATION XI (Cas 234).

Calculs biliaires. — Tumeur inflammatoire du cystique. — Cholécysectomie et Hépatéctomie.

Miss W..., âgée de 40 ans, vue avec le Dr Nicholson Dobie-Keighley. Passé de phtisie très chargé dans la famille. En 12 mois, plusieurs crises violentes avec douleurs à la région iliaque, accompagnées de tuméfaction à l'endroit occupé normalement par le cœcum ; sensibilité très marquée dans un point situé entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'ombilic. Chaque crise était accompagnée de fièvre, de constipation, de vomissements et de ballonnement du ventre, avec tous les signes d'une péritonite locale à l'endroit de l'appendice cœcal.

Opération le 29 septembre 1898. Cholécystectomie et hépatectomie. Incision au niveau du cœcum : viscères englobés sous des adhérences anciennes et récentes. Après libération de ces adhérences, la vésicule fut découverte à la partie antérieure d'un lobe de Riedel. Du muco-pus et plusieurs calculs furent enlevés. Une tumeur du canal cystique fut découverte et, comme à la coupe elle donnait un aspect bourgeonnant, elle fut extirpée avec la vésicule par une ligature élastique.

M. Targett constata l'origine inflammatoire de la tumeur et aucune trace de tuberculose ni de cancer.

Suites satisfaisantes. La guérison se maintenait 4 ans après.

Parmi les 59 cas de lithiase biliaire et présence de languette hépatique, suivis d'intervention à Saint-Joseph, nous avons choisi 15 observations dont 4 seront relatées *in extenso* ; nous nous contenterons de résumer les autres.

Observations recueillies à l'hôpital Saint-Joseph, service du Dr Goullioud.

OBSERVATION XII

M^{me} G... (pl. II). *Lithiase vésiculaire avec grosse vésicule entraînant le bord du foie. — Cholécystectomie. — Drainage hépatique. — Guérison.*

Femme de 38 ans, ménagère, entrée le 13 mars 1912, opérée le 20 mars, sortie le 16 avril 1912.

Antécédents. — Aucune maladie grave dans son passé. Mariée à 17 ans, 4 enfants et une fausse couche. Dilatation d'estomac depuis une dizaine d'années. Première crise de coliques hépatiques, en février 1913, accompagnée de vomissements bilieux, sans ictère ni urines foncées au dire de la malade ; elle n'a remarqué non plus que que ses selles fussent décolorées.

Une deuxième crise un mois après, avec douleurs violentes du côté droit. Ces douleurs s'irradiaient à l'épaule droite. Cette crise a duré 4 jours.

Actuellement. — Pas de teinte ictérique de la peau, ni des conjonctives. Malade pâle, amaigrie.

L'examen de l'hypochondre droit révèle la présence d'une tumeur

dont la pointe descend jusqu'à la ligne ombilicale. Le point cystique est très douloureux à un premier examen. La tumeur dépassant le rebord costal a la forme triangulaire ; elle est très latérale. Elle peut être une grosse vésicule, mais elle est placée plus en dehors par rapport au point vésiculaire. La tumeur est peu mobile et sa pointe ne se laisse pas rapprocher de l'ombilic. Le point vésiculaire est douloureux le 18 mars, mais un peu moins que lors du premier examen pratiqué le 13.

Urines sans pigments biliaires.

Opération. — Dès l'incision on se rend compte que la tumeur sentie à la palpation est une grosse vésicule accompagnée d'une lame de tissu hépatique. Pendant l'inspiration on voit le bord inférieur du foie descendre et communiquer ses mouvements à la vésicule avec laquelle il adhère intimement. On voit, en outre, une adhérence partant de la face inférieure de la vésicule et aboutissant au colon transverse.

Décollement de la vésicule du bord inférieure et de la face inférieure de la lame hépatique, suivie d'une déchirure du tissu hépatique et d'un suintement sanguin insignifiant.

Cholécystectomie. Exploration du cholédoque qui est très mince et étroit ; elle ne montre pas de calculs dans ce canal.

Mèches. Drainage hépatique, suture.

Anatomie Pathologique. — Vésicule très dilatée ; adhérences inflammatoires à sa surface. Nombreux calculs à son intérieur et vers l'origine du cystique.

Suites. — Bonnes. La malade quitte l'hôpital, sa plaie complètement cicatrisée.

Il s'agissait donc d'une lithiase vésiculaire avec grosse vésicule adhérente au colon transverse par un travail de péricholécystite au début. Le foie est aminci et allongé au niveau de la vésicule qui lui adhère fermement, ce qui donnait une immobilité relative à la tumeur sentie à la palpation.

Ce mode d'exploration n'a pas permis de faire un diagnostic entre une vésicule dilatée et une languette, car le rebord hépatique était appliqué contre la vésicule. L'examen radiographique, souvent négatif, était indiqué dans ce cas. Il eût permis de constater, sinon la présence d'une vésicule calculeuse, du moins, une ombre hépatique dépassant le rebord costal.

OBSERVATION XIII

M^{me} B... (pl. III). *Lithiase de la vésicale et du cholédoque. — Vésicule non encore rétractée. — Languette hépatique. — Cholécystectomie. — Drainage hépatique. — Guérison.*

Il s'agit d'une femme de 54 ans, entrée à l'hôpital Saint-Joseph le 25 janvier 1912 ; opérée le 17 février, sortie le 5 mars 1912.

Antécédents. — Mariée, mère de 3 enfants. Elle a souffert de l'estomac à 17 ans, sans vomissements. Depuis lors, périodes d'accalmie et de souffrance ; elle souffrait surtout au printemps et à l'automne, et les douleurs apparaissaient par crises pouvant faire penser à des crises gastriques.

La malade a maigri considérablement. Elle supporte mal les aliments gras ; elle vomit en moyenne une fois par semaine, 4 ou 5 heures après les repas. Les vomissements sont accompagnés de douleurs qui, partant de l'épigastre s'irradient vers la région interscapulaire. Pas d'hématémèses, ni de melæna. Pas d'anorexie ; constipation habituelle.

Au mois de décembre 1911, elle a eu une crise douloureuse très vive, interprétée comme colique hépatique par le médecin qui a vu la malade.

Actuellement. — Femme amaigrie, pâle, non ictérique.

Ventre en bateau ; l'estomac n'est pas douloureux à la pression, il n'est pas distendu. On provoque de la douleur par la pression du point vésiculaire et de l'hypochondre droit.

Lavage d'estomac suivi d'un repas d'épreuve. Une heure après l'ingestion de ce repas, le tube de Faucher ne ramène rien. Le chimisme gastrique, pratiqué par le D^r Faysse, montre de l'hypoacidité (A. T. 1.02), la présence d'acide lactique et de l'anachlorhydrie.

Le 29 janvier, crise de coliques hépatiques avec douleur épigastrique et irradiation à l'épaule droite ; vomissements, urines brun acajou, température 39°. Deux heures avant, la malade avait fait un repas plus copieux que d'habitude.

Le 4 février, nouvelle crise accompagnée de température (38° 6) et d'urines foncées.

Le 6 février, la palpation montre l'existence d'une languette hépatique, en même temps qu'on sent plus profondément le rein droit ptosé. La languette qui n'avait pas été perçue aux examens antérieurs à cause de son développement peu accusé, a pu être sentie en glissant les doigts sous le rebord costal de façon à enfoncer la paroi abdominale sous ce même rebord. On sent cependant assez nettement le ressaut de la pointe de la languette, quoique celle-ci

dépasse peu le rebord costal. Le point vésiculaire est peu net ; une fois cependant la malade accuse un peu de sensibilité par la palpation à ce niveau.

Pas d'ictère. La recherche des pigments biliaires dans l'urine est positive.

Opération. — Incision de Mayo-Robson. On voit de suite un lobe droit qui descend au dessous du rebord costal, présentant une encoche à sa pointe : *il forme une languette assez typique.* La vésicule, légèrement distendue, blanchâtre, fait saillie au niveau de l'échancrure cystique qui est très prononcée.

Des adhérences s'étendent du fond de la vésicule sur le duodénum et le côlon transverse. On libère facilement ces adhérences, ce qui permet d'explorer la vésicule qui est très allongée et renferme un peu de liquide. Le canal cystique est très élargi et aboutit à un cholédoque gros comme le pouce. Section du cystique et cautérisation. Les canaux biliaires sont distendus par un liquide muqueux, jaunâtre, différent de la bile. Le cholédoque contient des calculs qu'on retire au moyen de la curette, par une incision de $2\frac{1}{2}$ mm faite sur ce canal. On retire ainsi 5 petits calculs et 3 gros, noirs ; le plus volumineux a la forme et le volume d'un dé à jouer. L'index, introduit dans le cholédoque, ne sent plus de calculs ; l'exploration de l'hépatique reste négative.

Drainage de l'hépatique, mèches et fermeture de la paroi au fil métallique.

De la bile s'écoule par le drain à la fin de l'opération.

Suites. — Le soir de l'opération, la température est normale (37°). Puls : 100. Bile : 500 grammes. Les jours suivants, pas de fièvre, la bile continue à s'écouler sans incident.

Le 22 février, on retire mèches et drain. La malade part, sa plaie cicatrisée. Elle a donné, en juin 1912, d'excellentes nouvelles : ne souffre plus, se nourrit bien et a repris du poids.

Anatomie Pathologique. — La vésicule était remplie de calculs nombreux ressemblant aux petits calculs qu'accompagnaient, dans le cholédoque, les 3 gros calculs signalés pendant l'opération.

Il s'agit ici d'un cas bien typique de lithiase vésiculaire avec gros calculs dans le cholédoque. La vésicule n'est pas encore atrophiée comme on voit dans les cas les plus graves et les plus anciens de lithiase cholédocienne. L'hypertrophie du foie n'est pas des plus accentuées : c'est pourquoi à l'examen de la malade la *languette hépatique* n'était guère perceptible que si on la recherchait spécialement.

De même, le point vésiculaire était peut-être moins douloureux et moins typique qu'il ne l'est dans quelques cas ; ce qui peut tenir en partie à ce que la vésicule renfermait du liquide et qu'elle était cachée sous le bord interne de la languette.

Nous ferons remarquer sur le dessin (v. pl III), *a*) le volume de la vésicule et sa situation par rapport à la languette ; *b*) la forme de la languette avec un rétrécissement à sa base, d'où la courbe qu'elle présente au niveau du point de réflexion. L'encoche de sa pointe est sans importance.

OBSERVATION XIV

M^{lle} G... (pl. IV et V). *Lithiase hépatique ancienne. — Obstruction du cholédoque avec ictère. — Cholécysectomie. — Drainage hépatique. — Languette hépatique. — Enorme calcul du cholédoque. — Rétraction de la vésicule ; phénomènes de sclérose s'étendant de celle-ci à la base de la languette. — Guérison.*

Il s'agit d'une religieuse de 41 ans, entrée à Saint-Joseph le 7 décembre 1910, opérée le 14 janvier 1911, sortie le 17 janvier 1911.

Antécédents. — Pas de maladies graves antérieurement, mais elle se plaignait de son estomac depuis plus de 15 ans. En mai 1910, apparition d'ictère après une crise de coliques hépatiques.

Actuellement. — L'ictère n'a pas diminué, les selles sont décolorées, fétides, l'urine est bilieuse ; la malade a des démangeaisons tenaces. La palpation de l'abdomen permet de sentir une résistance correspondant au bord antérieur du foie, au-dessous du rebord costal. En effet, on y perçoit une *languette hépatique* dont la pointe dépasse de deux travers de doigts les fausses côtes. Au-dessus et en dedans de la languette, le point vésiculaire est sensible ; la vésicule donne la sensation d'un relief beaucoup plus dur, comparée au rebord hépatique.

Opération. — Incision de Mayo-Robson : aussitôt une *languette hépatique*, de dimension et de forme d'une langue de veau, apparaît par la plaie. Cette languette est réunie au bord antérieur du foie par un tissu plus ou moins scléreux, fibreux, grisâtre et comme granuleux.

La portion ainsi altérée de la glande hépatique correspond au sillon vésiculaire, où le tissu hépatique est aminci et a subi une transformation fibreuse notable, même macroscopiquement.

La vésicule est petite et recouverte d'adhérences.

On se porte sur le cholédoque distendu par un énorme calcul, et on l'incise sur celui-ci. Le calcul extrait a la forme et les dimensions d'un bouchon de bouteille ; un autre calcul vient à la suite et est également extrait. Le petit doigt, introduit dans le cholédoque, sent un rétrécissement de ce canal et la présence d'un calcul qu'on réussit à faire émigrer dans l'intestin.

Cholécystectomie ; drainage de l'hépatique ; mèches. Suture de la paroi au fil métallique. On a rentré difficilement la languette hépatique.

Suites. — La bile s'écoule sans incident jusqu'au 15^e jour. Le drain est tombé spontanément. Ablation des mèches.

L'ictère avait presque disparu, les selles étaient normales, lorsque la malade quitta l'hôpital.

Le 24 février, elle revient se montrer ; on sent une languette qui semble diminuée de volume.

Le 5 février 1912, revient se montrer pour une légère éventration. La languette hépatique n'est plus perceptible. La malade portera un bandage orthopédique.

Anatomie Pathologique. — La vésicule est tout à fait atrophiée renfermant un petit calcul. Le cholédoque était obstrué par deux calculs, dont l'un, plus volumineux, a la forme d'un tronc de cône long de 4 $\frac{1}{2}$ mm, l'autre moins important.

Il s'agit dans ce cas d'une lithiasse très avancée dans son évolution : il n'y a pas seulement calcul du cholédoque mais obstruction, avec ictère persistant.

Au cours de l'opération on trouve une grosse *languette hépatique* qui était très perceptible au palper de l'hypocondre droit.

Les dessins ei-joint (v. pl. IV et V), montrent bien les lésions : a) languette grosse, épaisse, admirablement détachée du reste du foie. Elle peut être comparée à une langue de veau. La languette présente des limites nettes à sa base et elle est séparée du reste du foie par une dépression fibreuse où le tissu a perdu l'aspect du tissu hépatique pour prendre celui d'un tissu scléreux, grisâtre, granuleux. Son bord interne correspond à l'échancrure cystique où le foie est aminci et transformé partiellement en tissu fibreux.

b) D'autre part la vésicule est rétractée, cachée entièrement sous la languette. Elle est recouverte d'adhérences, divisée en deux logettes renfermant des petits calculs.

Les lésions de la base de la languette sont manifestement la prolongation de la transformation scléreuse de la région vésiculaire.

c) Remarquons le volumineux calcul qu'obstruait le cholédoque.

OBSERVATION XV

M^{me} D... (pl. VI). *Lithiase du cholédoque.* — *Languette hépatique.* — *Cholécystectomie.* — *Drainage hépatique.* — *Erysipèle de la face.* — *Mort.*

Il s'agit d'une femme de 49 ans, cultivatrice; entrée le 5 février 1915, opérée le 12 février 1915.

Antécédents. — La malade est mère de 3 enfants; elle a eu deux fausses-couches.

Première crise de coliques hépatiques à l'âge de 25 ans. Depuis cette époque, crises intermittentes tous les ans ou tous les six mois.

Les crises sont devenues plus intenses depuis octobre dernier, avec douleurs brusques à l'hypochondre droit, vomissements alimentaires, quelquefois provoqués pour produire un soulagement.

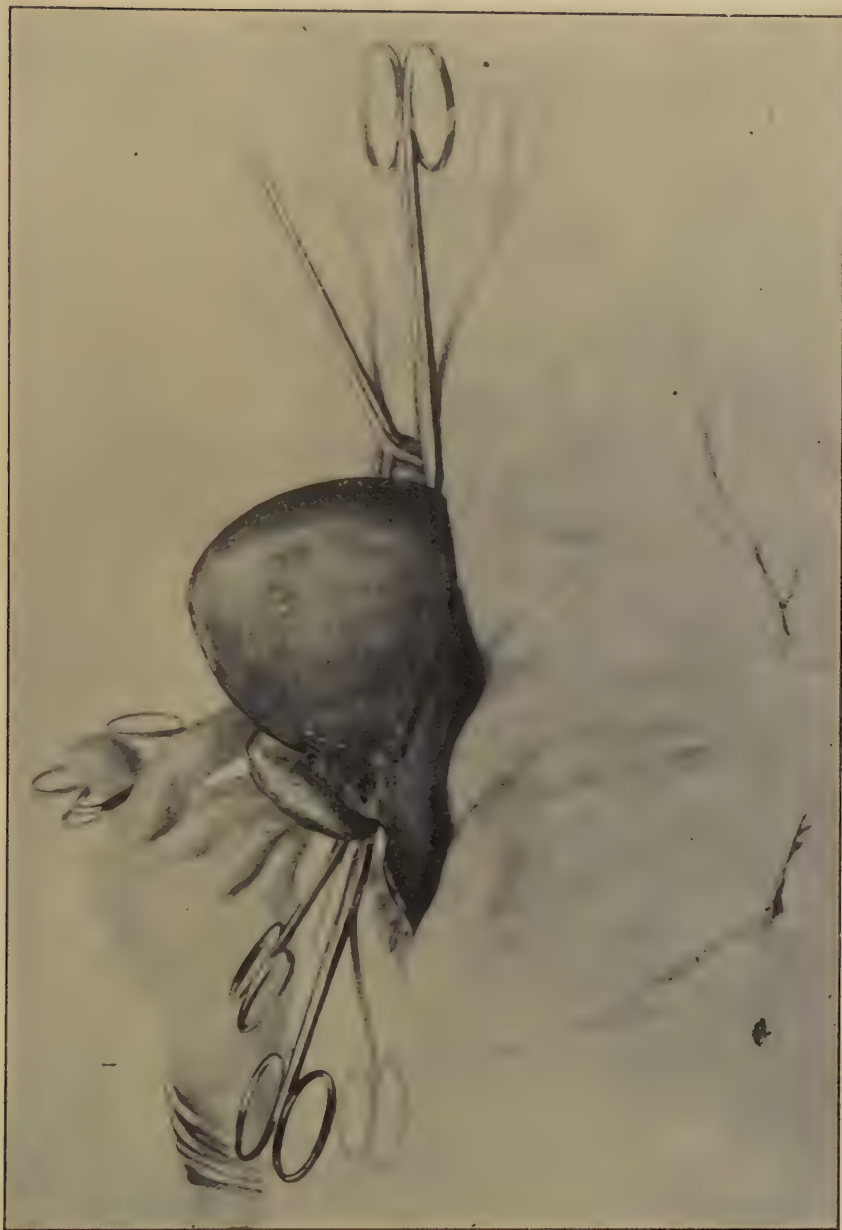
La malade dit avoir maigri considérablement depuis 4 mois. Il y a un an, ictère constaté par la malade.

Actuellement. — Ictère foncé de la peau.

Le foie présente sur la ligne mamelonnaire une hauteur de 18 à 19 $\frac{cm}{m}$. Par contre, le lobe gauche du foie n'est pas plus prononcé qu'à l'état normal. Le lobe droit présente donc une languette hépatique très prononcée dans l'hypochondre, languette qui descend à 3 travers de doigt au-dessous du rebord costal. Cette languette présente en avant le rebord tranchant-caractéristique, qui empêche toute confusion avec une vésicule biliaire, surtout si on a soin de la rechercher en rapprochant son bord en avant avec un doigt dans le flanc droit.

Au point vésiculaire, on ne sent pas la vésicule. Très peu de sensibilité du point vésiculaire.

La malade avait constaté, lors de ses crises antérieures, la décoloration des selles et la teinte foncée de ses urines. Actuellement: selles légèrement décolorées, urines renfermant des pigments biliaires.



Pl. VI

Lithiase du cholédoque avec une languette hépatique.

(Obs. XV)

Opération. — Incision de Mayo-Robson. L'incision faite, on se trouve en présence du bord antérieur d'une *languette hépatique*. La vésicule biliaire et l'épiploon adhèrent ensemble.

Au-dessous et en dedans de la vésicule, plus volumineuse que d'habitude, se trouve placée une belle languette de tissu hépatique, ressemblant à une langue de bœuf. Vers l'encoche cystique du rebord du foie, le tissu de la glande est manifestement malade, fibreux et recouvert de légères adhérences.

Dans la profondeur, on sent des calculs dans le canal cystique. Sur la face inférieure du foie et vers la base de la languette, on rencontre des adhérences épiploïques que l'on sectionne aux ciseaux. On sectionne aussi les adhérences partant vers le colon transverse.

Décortication sous-séreuse de la vésicule ; on arrive ainsi vers son milieu sur une sorte d'entonnoir au fond duquel on sent des calculs qui sont enlevés avec de la boue biliaire, après avoir détaché la vésicule et sectionné le cystique.

En pinçant le duodénum et par l'intermédiaire d'un doigt introduit dans le cholédoque on sent un calcul situé au niveau de l'abouchement de ce canal dans le duodénum.

Drain en T, mèches, suture. On a de la peine à rentrer la languette hépatique complètement extériorisée.

Il s'écoule de la bile par le tube à la fin de l'opération.

Anatomie Pathologique. — Vésicule allongée. Les calculs enlevés du cholédoque ne sont pas en rapport avec l'ictère intense de la peau. Les deux plus gros dépassent un peu les dimensions d'un grain de maïs ; les plus petits sont du volume de pépins d'orange. Le reste se compose de boue biliaire occupant la vésicule qui est sclérosée.

Suites. — La bile s'écoule en abondance les jours suivants à l'opération. Il s'est déclaré un érysipèle de la face, au 7^e jour. Envoyée à l'hôpital de la Croix-Rousse, dès l'apparition de l'érysipèle, elle est morte quelques jours plus tard, après des hémorragies intestinales.

Il s'agissait, dans ce cas, de petits calculs du cholédoque, avec vésicule sclérosée adhérente et remplie seulement de boue biliaire et de très petits calculs.

On remarquera l'existence à la base de la languette d'un état particulier du tissu hépatique devenu fibreux à ce niveau. On peut voir sur le dessin correspondant cette modification fibreuse qui forme comme un cercle, une sorte de col à la base de la languette. Celle-ci occupe une situa-

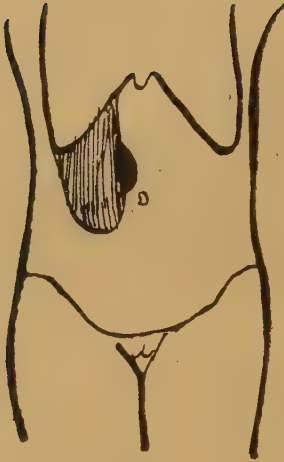


Fig. 1

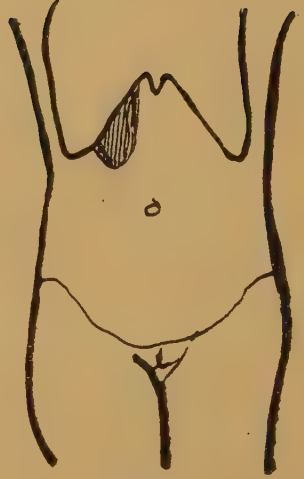


Fig. 2

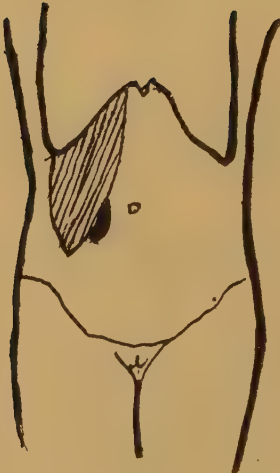


Fig. 3

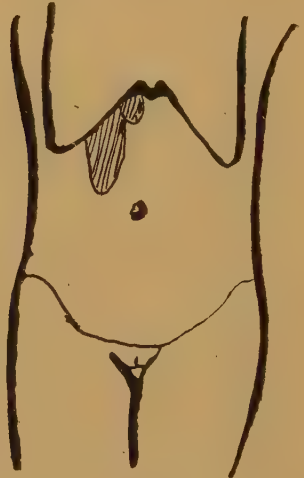


Fig. 4

tion interne par rapport à la vésicule, indiquant que le lobe carré peut aussi former le prolongement linguiforme et le former à lui seul. L'échancrure cystique est très accentuée et délimite nettement les deux lobes voisins.

OBSERVATION XVI (Fig. 1, p. 34).

Lithiase de la vésicule. — Languette hépatique. — Cholécystectomie. — Drainage. — Guérison.

M^{lle} G..., 32 ans, a eu des crises de coliques hépatiques. On constate, par la palpation, une languette hépatique dépassant de 2 travers de doigt le rebord costal. On ne constate ni ictère, ni décoloration des selles, ni pigments biliaires dans les urines. Après incision, on trouve une languette hépatique accompagnant une vésicule allongée, adhérente et contenant un calcul. Guérison.

OBSERVATION XVII (Fig. 2).

Lithiase vésiculaire. — Diagnostic à l'aide de la radiographie. — Languette hépatique. — Cholécystectomie. — Drainage. — Guérison.

M^{me} R..., 47 ans, souffre de crampes d'estomac et de coliques considérées comme néphrétiques. La radiographie (D^r Arcelin) montre des calculs dans la vésicule. L'incision montre une languette hépatique présentant un point de sclérose à sa surface. La vésicule contenait 12 calculs. Suites simples.

OBSERVATION XVIII (Fig. 3).

Lithiase du cholédoque. — Radiographie. — Languette hépatique. — Cholécystectomie. — Drainage hépatique. — Guérison.

M^{me} M..., 42 ans, a eu des coliques hépatiques. Le foie présente une languette hépatique constatée par la palpation et par la radiographie (D^r Arcelin). L'incision met à jour la languette hépatique longue de 10 $\frac{c}{m}$, accompagnée d'une vésicule adhérente au colon. Un gros calcul dans la vésicule et 6 calculs dans le cholédoque. Suites simples.

OBSERVATION XIX (Fig. 4).

Lithiase de la vésicule. — Cholécystectomie. — Languette hépatique. — Guérison.

M^{me} P..., 59 ans. Plusieurs crises de coliques hépatiques. Par la palpation, on sent une languette hépatique dépassant de 3 travers



Fig. 5

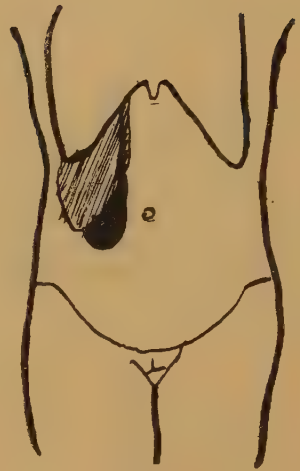


Fig. 6



Fig. 7

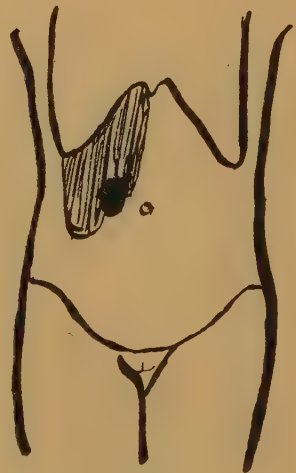


Fig. 8

de doigt le rebord costal. L'incision montre une grosse languette accompagnant la vésicule et une plus petite. Cette partie du tissu hépatique présente une traînée de tissu fibreux partant de la base de la languette et coupant transversalement celle-ci. La vésicule est allongée et contient un calcul de 20 grammes. Suites simples.

OBSERVATION XX (Fig. 5).

Cholécystite calculeuse. — Languette hépatique. — Cholécystectomie. — Guérison.

M^{me} P..., 45 ans, envoyée avec le diagnostic d'appendicite. Mais on se range au diagnostic de péritonite sous hépatique.

Opération. — On voit une grosse vésicule calculeuse qui a entraîné une languette amincie de substance hépatique. A droite de celle-ci, commence à se dessiner une autre languette hépatique. Suites simples.

OBSERVATION XXI (Fig. 6).

Lithiase du cystique et cholécystite. — Languette hépatique. — Cholécystectomie sans drainage. — Guérison.

M^{me} M..., 43 ans. L'examen révèle une induration dans l'hypochondre droit constituée par une languette hépatique descendant jusqu'au niveau de la ligne biépineuse et par une vésicule distendue. Après incision, on voit une énorme vésicule grosse comme une courgette, accompagnée d'une languette hépatique coiffant la vésicule. La vésicule renfermait un liquide filant et 3 énormes calculs. Suites normales.

OBSERVATION XXII (Fig. 7).

Lithiase du cholédoque. — Languette hépatique. — Cholécystectomie. — Drainage hépatique. — Guérison.

M^{me} M..., 36 ans, souffre de coliques hépatiques depuis 13 ans, considérées comme crises gastriques. Pas d'ictère. Selles et urines normales, température normale. Le diagnostic est hésitant. La palpation révèle une languette hépatique qui dépasse de 2 travers de doigt le rebord costal. L'incision montre une languette hépatique accompagnée, à sa gauche, d'une petite vésicule. 8 calculs dans le cholédoque. Suites simples. M. Goullioud a posé le diagnostic de lithiase et décidé l'intervention sur la foi de la languette.

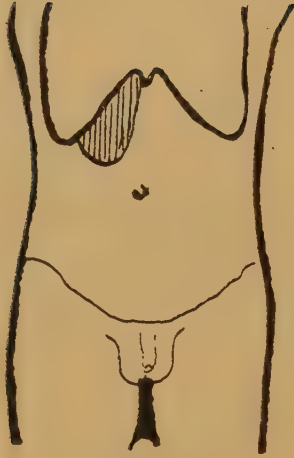


Fig. 9

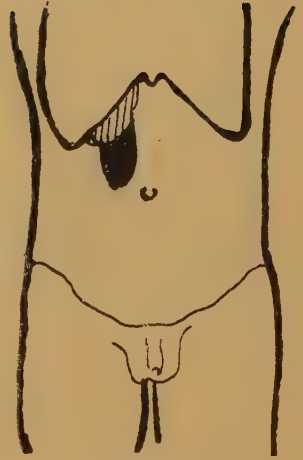


Fig. 10



Fig. 11

OBSERVATION XXIII (Fig. 8).

Lithiase de la vésicule et du cholédoque. — Languette hépatique. — Cholécysectomie. — Drainage hépatique. — Guérison.

M^{me} Ch..., 44 ans, entrée le 26 décembre 1917, pour affection gastrique. On sent une languette hépatique dont le diagnostic se confirme après l'incision. Le lobe droit présente un prolongement considérable ; le lobe carré, moins allongé, contribue à la formation de la languette. Il y avait 50 calculs dans le cholédoque et 38 calculs dans la vésicule qui est sclérosée, rétractée, adhérente à l'épiploon par son fond, ce qui a empêché le passage des calculs qu'on trouve englobés dans une poche épiploïque et qui seraient tombés dans la grande cavité péritonéale sans l'intervention de l'épiploon.

Les douze observations de M. Goullioud que nous venons de relater n'ont trait qu'à des lithiases biliaires chez la femme. On pourrait croire que la formation de la languette hépatique est due chez elle au port du corset. Mais la lecture d'une des observations de M. Gérard Marchant démontre qu'il se forme aussi une languette hépatique chez l'homme lithiasique.

Voici trois de nos cas :

OBSERVATION XXIV (Fig. 9).

Lithiase biliaire. — Infection. — Cholécysectomie. — Drainage. — Mort le 29^e jour. — Autopsie : Gros lobe droit contenant un gros abcès.

M. B..., 61 ans, a souffert de plusieurs crises de coliques hépatiques. A vu un calcul et du sable dans ses selles. Le foie présente une matité de 15 % au niveau de la ligne mamelonnaire. L'incision permet de constater un gros lobe droit du foie recouvrant une vésicule rétractée, adhérente. Boue biliaire sans calculs dans la vésicule, dans le cystique, dans l'hépatique et dans le cholédoque. Mort le 29^e jour. L'autopsie montra de gros abcès principalement au lobe droit du foie et très petits abcès miliaires.

OBSERVATION XXV (Fig. 10).

Lithiase de la vésicule. — Languette hépatique. — Cholécystectomie. — Drainage hépatique. — Guérison.

M. T..., 62 ans, Deux crises de coliques hépatiques. L'examen révèle une induration dans l'hypochondre droit. Une radiographie (Dr Arcelin) montre, au niveau de la crête iliaque droite, un calcul. On constate à l'opération le lobe droit fortement allongé et contre lui une vésicule dilatée contenant 7 gros calculs et nombreux petits calculs. Pas de calculs dans le cholédoque. Suites normales.

OBSERVATION XXVI (Fig. 11).

Lithiase hépatique. — Languette. — Fistule cysto-colique. — Cholécystectomie. — Drainage hépatique. — Guérison.

M. M..., ecclésiastique, 49 ans. Entré à Saint-Joseph le 27 avril 1917, pour affection hépatique. Sept ans auparavant, crise violente de coliques hépatiques suivie de décharge urinaire très foncée. Trois saisons à Vichy. Les crises sont devenues plus violentes, plus longues, plus rapprochées, en 1916 notamment, après chaque saison à Vichy.

Le Professeur Victor Pauchet qui a vu le malade à Paris, fait le diagnostic de lithiase biliaire et conseille l'intervention. Le Dr Bourckart (de Genève) avait essayé le massage de la région hépatocolique.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, nouvelle crise avec douleurs violentes, selles décolorées, urines couleur café.

A l'entrée, léger ictère des téguments. Pas de pigments biliaires dans les urines.

A l'examen de l'abdomen, il y a une induration qui dépasse notablement le rebord costal.

Opération. — On constate une languette hépatique bilobée et une petite vésicule adhérente. Une des adhérences entre la vésicule et le colon formait un véritable canal faisant communiquer les deux organes et par où des calculs de la vésicule ont pu passer dans l'intestin. Les canaux cholédoque et hépatique sont dilatés mais ne contiennent pas de calculs. Cholécystectomie. Tube en T, dans les canaux hépatique et cholédoque. Mèches. Suture de la paroi plan par plan.

Suites. — Le soir, shock intense avec sueurs froides, pouls imperceptible, pâleur du visage. Injection intraveineuse de 300 grammes de sérum. Quelques heures après, la température est tombée, le pouls est bien frappé, à 100. Les jours suivants, il s'achemine rapidement à la guérison.

§ 2. *Description anatomique*

Prenons comme type de notre description un cas quelconque, par exemple celui de l'observation XIII. (pl. III.)

Entre les lèvres de l'incision abdominale apparaît le rebord hépatique présentant les détails suivants.

Une ligne de contours irrégulière, brisée au niveau du lobe droit, lequel se prolonge en une *languette hépatique* mince et suffisamment allongée pour se laisser renverser sur la paroi. Au niveau de la fossette cystique une vésicule de dimensions à peu près normales. L'échancrure cystique, entre les lobes droit et carré, se trouve accentuée à tel point, du fait de l'allongement du lobe droit, qu'on dirait qu'on a retranché une partie du tissu hépatique.

La base de la languette présente une sorte d'étranglement pour s'élargir plus bas à mesure qu'elle s'éloigne du rebord hépatique, comme si ce rebord constituait un obstacle pour son développement en largeur du côté droit ; d'où la courbe en forme de S qui dessine le contour externe de la languette en se continuant avec celui du restant de la glande en place.

Il y avait, dans ce cas, des calculs dans la vésicule et dans le cholédoque.

La *languette hépatique* siège toujours au niveau du bord tranchant du foie ; Les *dimensions* sont très variables : à côté des petits appendices en langue de veau et dépassant de quelques centimètres le rebord costal on peut observer les gros lobes atteignant 25 et 30 $\frac{c}{m}$ de longueur.

Sa *coloration* est la même que celle du tissu hépatique qui lui a donné naissance. On peut cependant remarquer

une coloration plus foncée au niveau de la languette, due à la congestion dont elle peut être le siège, surtout si elle vient appuyer contre le rebord costal qui l'étrangle en quelque sorte.

Sa *consistance* est plus dure que celle du reste de la glande hépatique. Un travail de sclérose localisé, et plus ou moins profond, finit par endureir ce lobe débordant qui est peu dépressible aux doigts. Sa surface est parcourue par des trainées blanchâtres, fibreuses appartenant non seulement à la capsule mais au tissu glandulaire lui-même.

La *languette hépatique* présente en somme les caractères de la cirrhose biliaire hypertrophiquée, comme l'avait noté Trousseau dans le cas que nous avons reproduit plus haut (obs. I^{re}).

Elle se présente aussitôt après l'incision avec une forme allongée, plus ou moins triangulaire. On peut donc lui distinguer *une base, deux bords, un sommet*.

La *base* correspond au rebord costal qui y laisse un véritable sillon qui, comme dans le cas de Cruveilhier, doit être attribué au corset. En effet, il s'observe le plus souvent chez la femme. Mais nous sommes tenté d'attribuer un certain rôle de striction aux épais tractus fibreux qui sillonnent transversalement la base de la languette et peuvent gêner la circulation du lobe ainsi isolé, en quelque sorte, du reste de la glande.

Au niveau de la base de ce lobe flottant le péritoine hépatique est épaissi, fibreux, blanchâtre ; il adhère plus profondément au foie.

Cette base d'implantation n'est pas un véritable pédicule ce que distingue bien notre *languette hépatique* des autres lobes flottants du foie, véritables anomalies indépendantes de la lithiase, se présentant le plus souvent avec un pédicule favorisant leur ablation dans quelques cas.

Le *bord droit* se détache perpendiculairement au rebord hépatique, ou se continue insensiblement avec lui en une courbe douce.

Le *bord gauche* se comporte de la même manière dans les cas de languette monolobaire.

Quant à la vésicule, elle longe soit le bord gauche, cas le plus fréquent, comme dans les planches III et V ; soit le bord droit, ce qui est rare, comme dans la planche VI ; ou bien, elle est placée sous la languette qui la cache plus ou moins complètement, comme dans les planches II, IV et V ; dans le cas de Cruveilhier et dans le premier de nos cas, elle lui forme une sorte de capuchon formé d'une mince lame de tissu hépatique (v. pl. I et II).

Le *sommet* est plus ou moins effilé, étalé ou arrondi suivant que la languette est mince ou bien encore globuleuse.

La substance hépatique fournie à la languette provient le plus souvent des lobes droit, (cas le plus fréquent) ou carré exclusivement pour former les languettes monolobaires. Elle peut provenir des deux lobes à la fois, mais l'hypertrophie du lobe droit, l'emporte sur celle du lobe carré. Ils forment les languettes bilobaires dont on trouvera des exemples en examinant nos schémas de la page 34 et suivantes.

Il ne nous a pas été possible de faire l'examen histologique des lésions certaines que présente le foie au niveau de la languette. Celle-ci présente, en effet, un aspect blanchâtre, ou brunâtre, parfois granuleux et cirrhotique.

L'aspect cirrhotique se trouve surtout dans les cas anciens d'obstruction calculieuse du cholédoque.

En ce qui concerne la lithiase vésiculaire elle entraîne des lésions auxquelles la partie de la glande avoisinant la vésicule est la première à participer ; lésions se traduisant par une périhépatite, par une péricholécystite et par une réaction péritonéale dont la fréquence nous est connue.

Nulle doute que les lésions se propagent de la vésicule à la partie du foie qui la surplombe pour créer une adhérence plus intime entre les deux tissus, et une sclérose se communiquant de la vésicule au tissu supra-vésiculaire, lésions bien mises en lumière au cours des travaux de

M. Lecène. Nous extrayons de son récent article (1) l'observation suivante accompagnée des anotations de l'auteur lui-même.

OBSERVATION XXVII (Lecène).

Il s'agissait d'une femme de 52 ans qui souffrait, depuis plusieurs années, de crampes d'estomac et de douleurs au creux épigastrique, après les repas ; ces douleurs s'accompagnaient souvent de nausées : il n'y eut jamais d'ictère. Le 30 juillet 1909, la malade eut une crise beaucoup plus violente, avec vomissements abondants : le ventre fut ballonné et partout douloureux. Il y eut de la fièvre à plusieurs reprises, jusqu'à 39°. Au palper, on sentait, dans l'hypochondre droit, une tuméfaction nettement arrondie, dure, douloureuse, sous-jacente au rebord hépatique ; *le foie, abaissé, n'était pas augmenté de volume*. La malade fut opérée le 24 août 1909, alors que les accidents inflammatoires étaient complètement apaisés. Cholécystectomie. Guérison.

La vésicule, augmentée de volume, contient de la bile trouble, la paroi est partout très épaissie et la vésicule adhère intimement au foie. Au niveau du fond de la vésicule, enclavé dans une sorte de loge, on trouva un calcul solitaire, gros comme une noix. Après ablation du calcul de sa loge, on voyait nettement que la muqueuse était ulcérée dans toute l'étendue correspondant au calcul enclavé.

Des coupes, passant par la loge du calcul et comprenant à la fois la paroi vésiculaire et le parenchyme hépatique voisin qui avait été écorché, lors de la cholécystectomie, à cause des adhérences intimes, montrent bien les lésions de la paroi vésiculaire.

De bas en haut, on voit la muqueuse vésiculaire ulcérée, dépourvue de tout revêtement épithélial et très inflammée ; le chorion de la muqueuse est transformé en un véritable tissu de granulation très vasculaire. La musculaire est également infiltrée et en partie détruite par le tissu de granulation : la sous-séreuse ou, plus exactement ici, la zone de *tissu conjonctif lâche intervésiculo-hépatique* est très épaissie ; elle contient encore des foyers d'infiltration lymphocytaire disséminés ; les vaisseaux sanguins sont sclérosés, atteints d'endopéri-vascularite.

« Cette coupe est doublement instructive : 1° parce qu'elle nous montre une *ulcération* en surface de la muqueuse vésiculaire, évidemment due, en ce cas, à la pression

(1) Les lésions microscopiques de la vésicule biliaire lithiasique. *Presse Médicale*, 6 déc. 1913.

du calcul agissant à la façon d'un corps étranger ; 2^o par les lésions de *sclérose intense de la zone intervésiculo-hépatique*. Ces lésions nous expliquent bien les difficultés de la cholécystectomie dans certains cas : le plan de clivage normal, qui permet si facilement d'enlever une vésicule peu malade par tous les procédés (de bas en haut, de haut en bas, sous-séreuse, etc.), est ici disparu et remplacé par une zone de tissu conjonctif cicatriciel très solide, que le bistouri seul peut attaquer et couper : ce sont ces vésicules qui rendent inapplicables les procédés brillants de cholécystectomie que l'on aurait grand tort de considérer comme toujours possibles. »

« En présence de ces cas, la « sculpture » de la vésicule dans son lit hépatique est toujours chose délicate, si l'on veut éviter une blessure trop profonde du parenchyme. »

CHAPITRE III

Etude Physio-pathologique.

Quel est le mécanisme de la formation de la languette hépatique ?

Plusieurs causes peuvent être invoquées et nous allons les passer en revue.

Mais il nous faut remarquer, au début de ce chapitre et grâce à l'étude des causes hypertrophiantes qui va suivre, que la languette hépatique de la lithiase biliaire n'est pas le fait d'une simple coïncidence d'un lobe aberrant accompagnant par hasard la lithiase hépatique ; mais un fait dont la constance méritait d'être signalée et expliquée.

Après avoir exposé la pathogénie de l'hypertrophie monolobaire droite, la plus fréquente, nous nous occuperons de la languette dans la lithiase biliaire et dans le cancer, cette dernière question se rattachant par beaucoup de liens à la première.

ARTICLE PREMIER

Hypertrophie monolobaire droite.

Pourquoi l'hypertrophie est-elle monolobaire et pourquoi a-t-elle tendance à se localiser à droite ? C'est ce que la théorie de l'indépendance des lobes hépatiques va nous expliquer du moins en partie. Je dis en partie, car les partisans de cette théorie ne nous ont pas expliqué le mécanisme intime de l'hypertrophie monolobaire dans les cas où elle se présente.

La théorie de l'indépendance des lobes hépatiques, inaugurée en 1901, par M. Frantz Glénard, à la suite de ses

travaux sur l'hépatisme, a été l'objet d'un grand nombre de travaux de haute valeur scientifique tant en France qu'à l'étranger.

M. Glénard, à qui on doit de si intéressantes idées en pathogénie hépatique, avait été frappé de la « *spécificité de la localisation hépatique* » qui explique si bien « la prédilection de telle ou telle maladie du foie suivant sa cause pour tel ou tel lobe ».

Nous apporterons, pour notre démonstration, des arguments tirés : 1° De l'Anatomie et de la Physiologie expérimentales ; 2° De l'Anatomie normale et 3° de la Clinique.

§. 1. — *Arguments tirés de l'Anatomie et de la Physiologie expérimentales.*

Les expériences faites en 1895, à Lyon, par MM. Glénard et Siraud, sur les modifications de l'aspect physique du foie par les injections aqueuses, sont un premier appoint en faveur de la thèse de l'indépendance des lobes hépatiques et elles ont été le point de départ d'autres expériences de plus en plus démonstratives.

Il résulte de ces expériences que des injections aqueuses poussées dans la branche gauche de la veine porte, la branche droite et le cholédoque étant liés, produisent une turgescence du lobe gauche. De même, des injections poussées dans la branche droite de la veine porte produisent une turgescence du lobe droit qui se relève ; si on continue l'expérience le lobe carré se gonfle à son tour.

Ces expériences ont été confirmées par Sérégé qui a opéré sur des chiens anesthésiés (1901) et découvert les particularités suivantes :

1° La différence de densité du sérum splénique et du sérum mésentérique établie grâce à la recherche de la différence du point cryoscopique dans les deux sérums.

2° La différence de teneur en urée, en glycogène ou en fer,

recherchée dans les divers lobes du foie suivant la digestion.

3° La différence de vitesse circulatoire dans le lobe droit et dans le lobe gauche du foie. Dans ce même ordre d'idées, les expériences de Pincherle et de Silvestri sont venues confirmer les recherches de Sérégé.

Cet auteur va plus loin. Par des injections pratiquées sur l'animal vivant, après anesthésie, dans la lumière des veines mésaraïques et spléniques, il constate que les particules d'encre de Chine, dont il se sert, gagnent nettement le lobe droit dans le cas d'injection de la veine mésaraïque et le lobe gauche dans le cas d'injection de la splénique.

De ses expériences, il arrive à conclure à l'existence de deux territoires portes : l'un ileo-dextro-colique se rendant au lobe droit du foie ; l'autre gastro-spléno-sinistrocologique se rendant au lobe gauche.

Les expériences de Pincherle, en 1905, viennent confirmer les idées de Sérégé. Il opère sur des lapins auxquels il administre de l'huile phosphorée par voie stomacale et par voie intestinale, en ayant soin de lier préalablement le pylore.

Voici ce qu'il a pu constater : les lapins présentent de la stéatose et de la nécrose du lobe gauche du foie dans le cas d'ingestion gastrique ; de la stéatose et de la nécrose du lobe droit si l'huile phosphorée est introduite dans l'intestin grêle. Il arrive à conclure à l'existence d'un territoire gastro-spléno-hépatique gauche et un courant entéro-pancréatique et hépatique droit. Les expériences de Denigès et de Rendu sont aussi très confirmatives (1).

Mais on peut se demander quelles sont les raisons de cette distribution si tranchée. Comment peut-il se faire que le sang des territoires droit et gauche amené par le tronc unique de la veine porte puisse se distribuer élective-

(1) H. RENDU. Les lésions hépatiques d'origine appendiculaire. *Th. de Paris* 1907-08.

ment à droite ou à gauche une fois lancé dans le courant circulatoire ?

Sérégé, dès 1901, soutient que les deux sangs provenant des territoires ileo-colique et gastro-splénique ne se mélangent pas. Ils suivraient indépendamment leur parcours, suivant la comparaison de cet auteur, comme deux fleuves dont les eaux se réunissent sans se mélanger ; et il procède à l'expérience suivante pour le démontrer :

Il pousse une injection colorée en quantités infinitésimales et avec une grande douceur dans une veine d'origine de la grande mésentérique. Des précautions sont nécessaires pour remplir les conditions requises à l'expérience sans modifier les conditions physiologiques de la circulation.

Enlevant très rapidement le foie, dit Sérégé, nous retrouvons les particules d'encre de Chine emportées comme une embolie dans le torrent circulatoire, disséminées *uniquement* dans le lobe droit du foie, où elles sont nettement visibles même à la surface. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, avril 1901.)

On ne s'est pas contenté d'injecter la veine porte, mais des injections de solutions aqueuses de bleu de méthylène ou de collodion rougi par le carmin, pratiquées dans les deux branches successivement de l'artère hépatique, ont conduit à admettre l'indépendance des territoires de chaque branche de l'hépatique.

Looten pratiquait des injections de collodion rouge dans la branche droite de l'artère hépatique et de collodion bleu dans la branche gauche :

On note, pendant l'expérience, qu'à la surface du lobe droit se dessinent des arborisations rouges, à la surface du lobe gauche des arborisations bleues ; des coupes montrent, d'une façon évidente, les ramifications du lobe droit colorées en rouge, celles du lobe gauche, carré et de Spiézel, colorées en bleu. (Exp. n° 4.)

Les injections dans le *canal hépatique gauche* ont été suivies du résultat suivant, après introduction de gélatine au chromate de plomb :

Des coupes vertico-transversales de l'organe montrent les canaux biliaires des lobes gauche, carré et de Spiézel, injectés en jaune,

ceux du lobe droit absolument vides en matière à injection... (Exp. n° 5.)

Les injections dans le canal hépatique droit ont été suivies de résultats équivalents :

Des coupes vertico-transversales de l'organe, fixé dans le formol à 5 %, montrent les canaux biliaires du lobe droit colorés en jaune, ceux des lobes gauche, carré et de Spiégel, absolument indemnes de coloration... (Exp. n° 6.) (Looten. *Journal de l'Anat. et de la Physiol.*, n° 2, 1908.)

Ces expériences confirment donc les idées de M. Glénard sur l'indépendance des territoires tant porte et hépatique que des vaisseaux biliaires, dans les divers lobes du foie...

§. 2 — *Arguments anatomiques.*

Il a été établi, à la suite des travaux de M. Glénard, que les lobes cliniques du foie correspondent aux lobes que l'Anatomie a délimités sur le bord antérieur du foie :
1° Lobe droit, compris entre deux lignes passant l'une par l'extrémité droite du foie, c'est-à-dire, par la limite droite de l'hypochondre, et l'autre par le cartilage de la neuvième côte, « ligne novicostale droite », de Glénard et correspondant à l'échancrure cystique.

2° Lobe moyen, compris entre l'extrémité du cartilage de la neuvième côte droite et une ligne passant par le bord externe du sternum, ligne parasternale droite, et correspondant à l'échancrure formée par le cordon de la veine ombilicale, située de 1 à 6 $\frac{c}{m}$ de la ligne médiane (Quénu).

3° Lobe gauche, situé entre la ligne parasternale droite et l'extrémité gauche du foie.

A cette délimitation anatomo-clinique correspond une délimitation des territoires de l'artère hépatique, de la veine porte et des canaux biliaires.

En ce qui concerne l'artère hépatique, sa distribution

est uniformément individualisée : L'artère hépatique, après sa bifurcation en deux branches divergentes, émet une branche droite pour le lobe droit et une branche gauche pour les lobes gauche, carré et de Spiégel.

La veine porte se divise en deux branches de calibre inégal : la branche droite, plus grosse et plus courte, destinée aux lobes droit, carré et de Spiégel. La branche gauche, plus grêle, se distribue au lobe gauche.

Pour les voies biliaires intrahépatiques, le récent travail de MM. P. et P. Descomps et Guy de Lalaubie donne des précisions très intéressantes au point de vue de la répartition intraglandulaire des vaisseaux biliaires.

Ils opèrent sur des foies injectés avec un liquide permettant d'obtenir une image radiographique des vaisseaux injectés, et consistant en un mélange de minium, d'huile du commerce et d'essence de térébenthine suivant la technique exposée avec le Dr Garnier de Falletans, à la Société Anatomique, en 1910.

Ils se servent aussi de la radiographie stéréoscopique pour bien préciser dans tous les plans la position des vaisseaux injectés.

Ces deux procédés ont été résumés par les auteurs dans un article du *Paris Médical*, 15 juin 1912. Il résulte de cette étude faite sur 30 foies injectés : que le lobe droit est tributaire du gros tronc droit du canal hépatique, que le lobe gauche est tributaire du tronc gauche; les lobes carré et de Spiégel sont également tributaires du tronc gauche du canal hépatique.

D'autre part, les auteurs sont unanimes à considérer le tronc droit comme plus volumineux que le gauche; de plus, il est plus court, il est rectiligne et non incurvé comme le gauche, conditions qui favorisent singulièrement une stagnation plus précoce et plus prononcée de la bile par un obstacle quelconque des voies biliaires descendantes.

Nous montrerons les conséquences cliniques de cette disposition anatomique au paragraphe suivant.

§ 3. — *Arguments cliniques.*

L'interprétation de quelques faits cliniques contribue à mettre en relief l'indépendance des lobes hépatiques et le mécanisme de certaines hypertrophies localisées.

De l'inégalité de calibre au bénéfice du tronc droit du canal hépatique et de sa direction rectiligne, favorisant la stase biliaire dans le tronc droit, il résulte que toutes les conditions sont remplies pour la formation de calculs intrahépatiques de préférence au niveau de la branche droite.

MM. Quénu et Mathieu (1) ont publié récemment des observations où l'on peut remarquer ce fait. Quoique les auteurs ne semblent y attacher de l'importance, on peut se demander s'il n'obéit pas à la disposition anatomique que nous avons signalée.

Un autre fait clinique, en faveur des localisations lobaires hépatiques, c'est l'indépendance morbide qui se manifeste au cours des lésions retentissant à distance sur le foie. Ainsi les affections gastriques et spléniques intéressent le foie gauche, les affections appendiculaires le foie droit. Dans un cas de MM. Mongour et Sérégé (2), concernant un alcoolique, « le lobe gauche présentait d'énormes foyers de cirrhose péri-sushépatique et portale avec infiltration par des cellules conjonctives et lésions des cellules hépatiques qui sont nécrosées et profondément dégénérées, tandis qu'à droite elles sont presque indemnes. »

L'étude des abcès du foie d'origine appendiculaire est très instructive à ce sujet.

M. Sérégé est le premier à avoir attiré l'attention sur les abcès d'origine appendiculaire dont le siège prédominant est au lobe droit du foie, fait d'autant plus intéressant que,

(1) *Revue de Chirurgie*, février 1914.

(2) *Bull. Méd.*, p. 87, N° 8, 1903.

comme le fait observer cet auteur, la localisation primitive du *processus* morbide est limitée à un seul point du tractus intestinal. Ce n'est qu'ultérieurement que l'abcès hépatique unique tend à se propager, à se multiplier pour constituer le type aréoloaire de Chauffard.

On trouve dans la lecture des observations prises au hasard que les lésions prédominantes se trouvent au niveau du lobe droit ; mais souvent aussi elles ne donnent pas de précisions à ce sujet ce qui empêche de faire une statistique sur des cas nombreux.

Cependant, M. Sérégé (1) a pu réunir 31 observations réparties ainsi :

25 ont trait à des abcès localisés au foie droit, soit 80 % des cas.

5 cas où il n'y a pas de localisation.

1 fois l'abcès siégeait à gauche.

M. Lapouble, cité par Sérégé, a recueilli dans sa thèse (« Etude sur les abcès du foie d'origine appendiculaire », *Th. de Bordeaux*, 1905-1906) des cas montrant cette tendance des abcès appendiculaires à se propager au foie droit.

M. Walter-Sallis, dans un travail récent (2), publie aussi trois observations d'abcès unique du lobe droit du foie.

Voici un cas pris entre beaucoup d'autres :

OBSERVATION.

Épingle ordinaire dans l'appendice vermiforme ; infection rétro-péritonéale secondaire ; abcès du foie ; par Sœmacker (*Med.-News*, Philadelphia, 1893, p. 398). Résumée par Sérégé (*Rev. Mal. Nutrition*, 1909).

Autopsie. — Péritonite généralisée, récente, appendice renferme une épingle ordinaire, tête en bas ; il est très distendu, environné de dépôt plastique, mais non percé ni gangrené apparemment.

Foie renferme un abcès, situé près de la surface du lobe droit, en son point culminant.

(1) *Revue des maladies de la nutrition*, N° 3, mai 1909.

(2) *Revue de Chirurgie*, 10 mars 1914.

D'un autre côté, les abcès hépatiques consécutifs aux fièvres palustres, à la fièvre typhoïde, aux abcès de l'angiocholite se manifestent toujours par des douleurs à l'hypochondre droit et à la partie droite du thorax ; l'opération ou l'autopsie conduisent sur des abcès du lobe droit du foie.

Dans tous ces cas, l'infection est ascendante et se fait par voie portale principalement en suivant le trajet ileo-colique qui aboutit au foie droit d'après la théorie du double courant porte.

En effet, la plus belle confirmation clinique de la théorie de Sérégé nous semble la suivante : Que *la ligature des veines tributaires de la colique droite a eu pour effet de couper court à une infection du foie qui menaçait de se produire chez un opéré d'appendicite*. Ce résultat notable obtenu par Wilms mérite d'être signalé comme un moyen préventif et comme un traitement des terribles abcès hépatiques d'origine appendiculaire.

OBSERVATION.

(Wilms) *in Rev. de Chirurgie* (Mai 1914) Walter Sallis.

Un homme de 52 ans présente des symptômes d'appendicite le 1^{er} mai 1909. Le 14 mai, dès son entrée à l'hôpital, on incise un abcès appendiculaire. Il contient du pus très fétide et du sang. Le surlendemain, le malade a des frissons ; le troisième jour, trois frissons, température : 40° 2, 40° 8, 40° 3. On réopère le malade et on lie, en évitant les artères, toutes les veines radiculaires, en les réunissant en deux faisceaux. Depuis l'opération, le malade n'a plus eu de frissons, la guérison fut parfaite.

ARTICLE II.

Mécanisme de l'hypertrophie localisée.

Une fois établi qu'il existe une indépendance des divers lobes du foie correspondant à l'indépendance des différents territoires hépatiques, il nous sera plus aisé de démontrer

qu'une localisation morbide, dans le cas particulier de la lithiase biliaire, a une grande tendance à se manifester par une hypertrophie monolobaire droite. Mais auparavant, rappelons brièvement les lésions du parenchyme hépatique consécutives à la lithiase biliaire.

On sait qu'il existe une cirrhose atrophique et une cirrhose hypertrophique d'origine calculieuse.

La cirrhose atrophique constitue la dernière étape des lésions du parenchyme hépatique consécutives à l'obstruction calculieuse non traitée chirurgicalement ou par les moyens médicaux appropriés. On sait les suites fâcheuses d'une intervention lorsque l'atrophie est déjà installée.

Cette forme atrophique est devenue assez rare depuis que la chirurgie a réclamée sa part presque exclusive dans le traitement de la lithiase hépatique.

La forme hypertrophique est, par contre, la plus fréquemment observée au cours des opérations pour lithiase. Elle est devenue d'observation banale, depuis que MM. Gilbert et Castaigne, P. Lereboullet, Barie et Hauser, Legry Debove, etc., ont signalé des cas de cirrhose biliaire consécutive à la lithiase revêtant entièrement la forme de la cirrhose hypertrophique biliaire, type de Hanot, avec gros foie, ictère chronique, avec ou sans hypertrophie de la rate.

Quant au rôle attribué aux microbes dans la genèse des cirrhoses hypertrophiques, il faut, suivant la tendance actuelle, leur attribuer une part essentielle.

Ces hypertrophies généralisées sont, d'après nous, moins fréquentes au cours de la lithiase biliaire que les hypertrophies en languette. En effet, sur 111 observations de lithiasiques que nous avons étudiées, nous avons compté 90 cas d'hypertrophie en languette et seulement 8 d'hypertrophie généralisée.

Tous les chirurgiens opérant sur les voies biliaires signalent bien l'hypertrophie du foie accompagnant les crises de coliques hépatiques. Mais cette hypertrophie est-elle généralisée ou localisée ? Est-elle passagère ou

permanente ? Voilà les points qui ne sont pas précisés dans les observations; car on a confondu sous le nom d'hypertrophie, terme qui implique une augmentation totale de volume du foie, la simple languette hépatique ou la tuméfaction du foie qu'accompagnent les crises douloureuses et due à un certain degré d'angiocholite qui rétrocede quelques jours après la crise. Cette tuméfaction fugitive peut cependant jouer le rôle d'une *amorce* pour la formation d'une *languette hépatique* qui continuera à s'accroître grâce aux circonstances pathogéniques que nous invoquons en faveur de l'hypertrophie monolobaire.

Étudions, dès lors, de plus près le mécanisme de la déformation en languette hépatique.

§ 1. — *Languette hépatique et lithiase biliaire.*

1° Supposons le cas d'*obstruction calculieuse du cystique* avec hydropisie de la vésicule. Les sécrétions de la muqueuse vésiculaire, ne pouvant plus s'éliminer, arriveront à constituer une tumeur qui a mérité le nom de *cholécyste*. Dans le cas de Cruveilhier (*voy. pl. I*), la vésicule descendait jusque dans la fosse iliaque et contenait plusieurs litres de liquide.

Il est facile de comprendre que dans ce cas le tissu hépatique avoisinant obéisse à cette sollicitation répétée. La portion de la glande hépatique qui surplombe la vésicule sera contrainte de suivre celle-ci dans sa migration, grâce aux adhérences conjonctives et aux petits vaisseaux qui vont du foie à la vésicule.

Ce fait frappant a été constaté par les anatomistes et par les chirurgiens qui ont décrit ce genre de déformation sous le nom d'*hépatoptose partielle* (Terrier et Baudouin, Segond, J.-L. Faure, Testut.).

D'un autre côté, qu'aux lésions produites par la lithiase pure, viennent s'ajouter l'infection de la vésicule, la *périticholécystite*, la *péritonite sous-hépatique* et nous verrons de

nombreuses adhérences fixer solidement le fond de la vésicule au duodénum, à l'épiploon, à la paroi abdominale, rendant définitive la position basse de la vésicule.

MM. Tripier et Paviot ont insisté sur l'importance de la péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire, siégeant dans ce carrefour d'organes si facilement accessibles à l'infection ascendante et entourés d'un péritoine par ce fait éminemment exposé à s'enflammer. Il n'est pas étonnant que l'hypochondre droit soit le siège des douleurs dont se plaignent tant de malades, que ces douleurs atteignent leur paroxysme au cours d'une crise aiguë de coliques hépatiques ou qu'elles se prolongent à l'état chronique.

Le double tiraillement de la substance hépatique par le poids de la vésicule et par les adhérences péricholécystiques agira donc en modifiant sa forme, grâce à la plasticité du tissu hépatique, pour constituer le type de *languette hépatique par traction*.

2° Supposons le cas d'un *calcul du canal hépato-cholédoque* : suivant la loi de Courvoisier-Terrier, la conséquence sera l'*atrophie de la vésicule*. Dans ce cas, le mécanisme de l'hypertrophie doit être envisagé différemment. La *bile refluera* vers le canal le plus accessible et finira par gagner les canaux et canalicules biliaires ; d'où augmentation de leur calibre et hypertrophie consécutive de la partie de la glande hépatique drainée par ces canaux. Le canal le plus accessible étant la branche droite de bifurcation de l'hépatique, l'hypertrophie commencera donc à se prononcer à droite. La branche gauche de bifurcation peut être distendue à son tour pour provoquer l'hypertrophie du lobe carré qui peut ainsi prendre part à la formation de la languette.

Là encore le *péritoine réagit* à son tour, s'épaissit sur la partie de la glande la plus affectée et l'isole en quelque sorte. En effet, des tractus fibreux peuvent être vus encerclant la base de la partie flottante du foie (*voy. pl. IV et VI*).

La *congestion*, conséquence de la gêne apportée à la circulation par les tractus fibreux, doit contribuer à l'augmentation de volume de la partie de la glande hépatique déjà débordante.

Les *réactions vaso-motrices* qu'accompagnent les crises douloureuses nous expliquent la turgescence de la vésicule et de la partie avoisinante du foie, raison de plus pour augmenter la congestion du lobe flottant. La stase biliaire et sanguine constitueront ainsi le type de *langnette hépatique par stase*.

La déformation du lobe droit au cours de la lithiasé peut obéir à d'autres causes d'ordre accessoire, telles sont : La *position* même de ce lobe, lequel, si l'estomac est distendu, sera comprimé par la masse gastrique agissant de gauche à droite. Le foie ne variant pas de position, l'allongement du lobe droit est la modification à laquelle il faut s'attendre du fait de la pression exercée sur une masse plastique, tel que le tissu hépatique, située entre la paroi latérale de l'abdomen et un estomac distendu, comme le faisait observer Symington en étudiant les variations physiologiques de forme du foie (1). On sait, d'autre part, que beaucoup de lithiasiques sont ou ont été des gros mangeurs.

L'influence indéniable du *corset* vient augmenter, chez la femme, les conditions d'accroissement en longueur du lobe droit. La masse hépatique, se trouvant comprimée de haut en bas et de dehors en dedans, et étant, d'autre part, fixée par ses ligaments, trouvera une issue favorable en-dessous du rebord costal droit.

La masse hépatique pénètre dans la cavité abdominale « en suivant la filière formée par le corset » (Chapotot). Le corset continuant à l'étreindre, le rebord costal laissera son empreinte sous la forme d'un sillon, comme dans le cas

(1) SYMINGTON-EDINBURG, *Méd. Journ.*, février 1888.

de Cruveilhier (*voy.* pl. I). indiquant que tout ce qui dépasse le rebord costal est anormalement accru.

Comme le disent M. Bouveret et son élève M. Chapotot (1), il ne faut pas une constriction intense pour provoquer les dislocations viscérales.

En ce qui concerne la femme lithiasique la déformation du lobe droit doit se trouver singulièrement favorisée en vertu de la congestion locale ou de la présence d'une grosse vésicule.

§ 2. — *Languette hépatique et cancer.*

Il n'est pas rare de rencontrer la *languette* hépatique au cours de l'évolution du cancer de la vésicule et des voies biliaires principales, ainsi que dans le cancer de la tête du pancréas.

Le mécanisme de sa formation est analogue à celui que nous avons invoqué dans les cas de lithiasie. L'obstacle au cours de la bile retentira de la même façon sur la vésicule et sur la partie droite du foie.

La vésicule toujours distendue, suivant la loi de Courvoisier-Terrier, exercera, par son poids, une traction sur le tissu hépatique et finira par l'allonger.

La déformation en forme de languette est d'autant plus fréquente que la dégénérescence cancéreuse de la vésicule et des voies biliaires évolue à la fin d'une lithiasie, comme cela s'observe souvent.

Nous nous contentons de signaler l'hypertrophie plus ou moins généralisée du foie liée à l'éthylisme chronique, à la cirrhose de Hanot; le foie à *lobe flottant* des cardiaques étudié par le professeur Letulle, les déformations hépatiques de la syphilis, de la goutte, de la dyspepsie (Glénard), du paludisme, de la tuberculose du foie, lésions qui ne ressemblent en rien à la languette hépatique qu'on observe dans la lithiasie biliaire.

(1) *Th. de Lyon*, 1892.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Etude clinique.

ARTICLE PREMIER

Symptomatologie.

§ 1. — *Symptômes objectifs.*

Inspection. — Elle permet de constater la déformation plus ou moins accusée de l'hypochondre droit, le malade dans la décubitus dorsal ou mieux encore debout. On constatera ensuite les déplacements dans la direction verticale imprimés à la tumeur hépatique par les mouvements respiratoires. Dans les cas de paroi mince et souple on pourra même noter le relief formé par le rebord tranchant du prolongement hépatique. Nous pouvons voir la *langnette hépatique* coexister avec l'ictère des téguments, avec une crise de colique, ce qui nous portera à faire le diagnostic d'avec les tumeurs de la vésicule.

Percussion. — Elle nous permettra d'attribuer à la tumeur de l'hypochondre droit une origine hépatique par la recherche de la matité du foie qui se continuera avec celle de la languette. L'aire hépatique n'étant pas remontée, cela nous suffira pour écarter la possibilité d'une ptose de l'organe ; par contre, la matité hépatique sera considérablement allongée par la présence d'une languette qui atteindra

facilement le niveau de l'ombilic et arrivera souvent à le dépasser. Au lieu d'une matité de 10 $\frac{\%}{m}$ sur la ligne mamillaire on pourra constater une matité de 15 et même 30 $\frac{\%}{m}$.

Palpation. — Elle constitue le mode le plus précieux d'exploration du bord antérieur du foie. Le malade placé dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs étendus, nous pourrions apprécier avec les deux mains appliquées à plat, la saillie hépatique et délimiter grossièrement ses contours.

Nous nous contentons de résumer les divers procédés de palpation du bord antérieur du foie.

Procédé de Mathieu. — Les extrémités des deux index et des deux médus dépriment la paroi abdominale en remontant à partir du flanc vers les fausses côtes en procédant, dit M. Mathieu, comme nous le ferions si nous voulions palper notre propre foie. On cherche avec les doigts repliés en crochet à accrocher le bord du foie. Ce procédé reçoit aussi le nom de *palpation ascendante*.

Procédé du professeur Gilbert. — Dans ce mode d'exploration, les deux mains « se touchent par leur extrémité libre et divergent par leur talon, la paume de la main gauche tournée vers le thorax, celle de la main droite vers l'arcade crurale. La main gauche offre ainsi une position perpendiculaire au bord du foie, la main droite lui est parallèle, si bien que les deux mains palpent le foie dans des attitudes différentes : la main gauche aborde le bord hépatique par l'extrémité des pulpes digitales, la main droite par son bord radial. »

Une série de petites secousses très doucement effectuées permettront d'apprécier la résistance opposée et à un certain moment le bord du foie pourra être agrippé soit par la main gauche soit par la main droite dans un mouvement respiratoire.

« *Procédé du pouce* » de M. Glénard (1). — Il comprend

(1) GLÉNARD, *Monde Médical*, 5 mai 1913.

quatre temps : « 1° Avec les *quatre derniers doigts de la main gauche*, placés sous la région lombaire droite, soulever cette région afin de soulever le foie et, par conséquent, son bord antéro-inférieur ;

« 2° Avec la *main droite*, appliquée transversalement sur la fosse iliaque gauche et l'hypogastre, refouler de bas en haut ces régions par leurs parties les plus déclives dans la direction de l'hypochondre droit, afin de relever, par l'intermédiaire de la masse intestinale, le bord inférieur du foie et permettre au pouce de s'insinuer derrière ce bord ;

« 3° Avec le *pouce gauche*, jouant le rôle de troisième main, celle qui palpe, déprimer avec douceur la paroi antérieure du flanc droit au-dessous du siège présumé du bord du foie ;

« 4° Les mains étant solidement en place, et le pouce très indépendant, *commander un mouvement de profonde inspiration* et, pendant ce mouvement, glisser délicatement la pulpe du pouce de bas en haut et d'arrière en avant (mouvement du modelleur) pour tenter de rencontrer et « *faire sauter* » le bord du foie ; puis, à chaque mouvement d'inspiration, déplacer successivement sur toute la longueur du bord du foie, le pouce gauche pour explorer, par la même manœuvre, tous les points de ce bord. »

C'est au « *procédé du pouce* » que nous avons recours plus volontiers. Il nous permet, en effet, d'aller à la recherche du rebord hépatique tranchant, de le « *faire sauter* » sous le pouce en évitant ainsi la confusion avec les cholécystes qui sont, comme on sait, arrondis, pyriformes et ne donnant nullement la sensation du ressaut hépatique.

La douleur est très aiguë lorsque la vésicule inflammée et plus ou moins cachée sous une *languette hépatique* forme partie de la saillie de l'hypochondre droit. On comprend que dans les cas de ce genre il soit très facile de prendre pour une grosse vésicule une tumeur formée, du moins en grande partie, par la *languette* (Cas de Trousseau, obs. I^{re}).

Les sensations fournies par les deux organes peuvent nous aider à les distinguer. Si la vésicule fait nettement saillie, on peut, par une palpation douce, car la manœuvre est très douloureuse dans les cas aigus, arriver à décomposer la tumeur en deux parties, à dissocier les sensations tactiles auxquelles donnent lieu la languette d'une part et la vésicule d'autre part : en effet, sous un rebord qui saute sous les doigts on peut percevoir une tumeur pyri-forme plus globuleuse, plus douloureuse que la languette.

Lorsqu'une constatation aussi significative nous tombe sous la main, on est obligé d'attribuer sans hésitation à la vésicule accompagnée d'une languette, hépatique la tumeur de l'hypochondre droit.

Faisons remarquer tout de suite que la vésicule peut être déplacée du fait de sa propre migration en bas ; il faudra donc chercher le fond de la vésicule à plusieurs centimètres du point cystique, au-dessus au au-dessous d'une horizontale passant pas l'ombilic.

Les cas ne sont pas rares où au lieu d'une languette hépatique bien perceptible, il n'existe qu'un léger allongement du foie ne faisant saillie qu'aux efforts d'inspiration. Cette légère déformation ne devient évidente que si l'on a soin de la rechercher systématiquement chez tous les malades atteints de lithiase avérée ou fruste et nous verrons que c'est dans cette dernière qu'elle acquiert toute son importance. Pour la rechercher, il devient utile de recourir au *procédé de palpation « octodigitale »*. La main gauche appliquée sur l'hypochondre droit appuie un peu sur la paroi abdominale, avec la pulpe de quatre doigts ; la main droite vient superposer ses doigts à ceux de la main gauche, de façon à appuyer sur elle, en laissant dépasser les extrémités digitales de la main gauche, qui sera la seule à percevoir la sensation lui venant du foie. Le malade fera alors quelques inspirations profondes de façon à faire descendre le foie qui, s'il est hypertrophié à ce niveau, viendra buter contre les doigts explorateurs ; une légère douleur accom-

pagne ce genre de palpation. Le procédé du pouce peut donner les mêmes sensations, mais il est d'application difficile si le ventre est gros, et ne se laisse pas circonscrire par la main gauche.

La *languette hépatique* donne la sensation du *ballotement* tout comme le rein flottant, ce qui favorise la confusion. Elle se laisse déplacer à droite ou à gauche pour peu qu'elle soit allongée, mais elle ne se laisse pas réduire comme ferait un rein flottant ou un foie flottant.

Radioscopie. — L'exploration par les rayons X donne des renseignements intéressants et permet de constater la continuité de la tumeur avec l'ombre hépatique (*voir obs. XVII, fig. 2*). Le bord inférieur du foie étant peu visible, il faut soumettre le malade à une préparation préalable : il doit être à jeun et on administrera un mélange gazogène destiné à remplir l'estomac.

§ 2. — *Symptômes subjectifs.*

La présence d'une *languette hépatique* ne va pas sans produire quelques malaises pour lesquels les malades viennent réclamer un soulagement. Il faut donc reconnaître ces tumeurs et rechercher leur pathogénie.

Un malade porteur d'une tumeur de l'hypochondre droit se présente à notre examen en pleine crise douloureuse avec signes de lithiase. Notre première idée sera de rattacher cette tumeur à la lithiase hépatique ; il ne nous restera ensuite qu'à rechercher la nature de la tumeur, qu'il s'agisse d'une vésicule distendue ou d'une languette.

Dans les cas de lithiase fruste, le malade va consulter autant pour sa tumeur que pour des douleurs devenues de plus en plus insupportables. La symptomatologie, dans ces cas ressemble à celle qu'a donnée M. Duvernoy (1) à propos des lobes flottants en général.

(1) Le foie mobile. *Th. de Paris*, 1898.

En décrivant les douleurs, il dit qu'elles sont « presque continues, mais en général peu intenses, présentant, à certains moments, des exacerbations sous forme de crises pendant lesquelles elles deviennent très vives ».

Nous pouvons cependant nous demander si les crises douloureuses, que M. Duvernoy met sur le compte du lobe flottant, ne sont, sinon de véritables crises de coliques hépatiques, attribuées trop exclusivement à un lobe aberrant.

Ce qui le prouve, ce sont les cas nombreux où la *languette hépatique*, sorte de lobe flottant, ne se manifeste par aucun symptôme douloureux jusqu'au jour où une colique hépatique attire l'attention du côté du foie.

La symptomatologie tout entière des lobes flottants, décrite par les auteurs et spécialement par Duvernoy, pourrait être superposée avec celle de la lithiasé : douleur vague, au niveau de l'hypochondre droit, qui se réveille pendant la période digestive, s'accroissant pendant les crises ; irradiation à l'épaule droite, aux lombes, au creux épigastrique ; anorexie, vomissements bilieux, amaigrissement, lypothimie, tendance à la syncope, palpitations, vertiges, tremblement des membres ; phénomènes dont l'importance cadre mal avec la présence d'un simple lobe aberrant du foie, si bien toléré surtout à droite à condition que son volume ne soit pas exagéré.

La languette hépatique, qui quelquefois ne dépasse que de deux travers de doigt le rebord costal, ne saurait donc être en cause dans la production de tous les maux qui l'accompagnent et que nous attribuons plutôt à la lithiasé fruste (obs. XIII et XVII).

La symptomatologie de la languette ne lui appartient donc pas en propre. Bien qu'elle n'apparaisse pas dès le début, elle accompagne la lithiasé hépatique à la période opératoire de la maladie, alors que le chirurgien peut intervenir utilement.

ARTICLE II

Importance clinique de la languette hépatique.

A quoi nous conduit la constatation de la languette hépatique ?

La formation de cette sorte de lobe flottant suppose l'existence de cholélithes pouvant obstruer les voies biliaires et nécessitant les secours que nous offre la chirurgie moderne.

Nous ne croyons donc pas exagérer en affirmant que la languette hépatique est symptomatique de la lithiase biliaire arrivée à la phase chirurgicale. Elle peut nous servir à reconnaître les cas en quelque sorte défigurés où les signes classiques : colique, ictère, urines bilieuses, selles décolorées, calculs, température peuvent faire défaut ou se modifier au point d'égarer le diagnostic et exposer les malades aux dangers d'une lithiase biliaire méconnue.

Chez un malade atteint de lithiase biliaire et présentant tous les signes de la maladie, la présence de la languette hépatique ne sera qu'un symptôme venant s'ajouter à d'autres symptômes plus importants.

Mais on sait combien les cas frustes sont fréquents, et combien les petits signes de la lithiase biliaire peuvent acquérir de l'importance dans ce diagnostic. On sait, d'autre part, combien ces signes prêtent à la confusion par leur variabilité et leur inconstance. La recherche du point cystique peut même être négative. Il faut, dans ces cas, chercher la présence de la *languette hépatique* signe d'autant plus important que d'après notre statistique elle existe dans plus des trois quarts des cas de lithiase des voies principales et accessoires justiciables du traitement chirurgical.

MM. Castaigne et Chiray s'expriment ainsi au sujet de l'importance clinique des hypertrophies localisées du foie(1).

(1) *Maladies du foie et des voies biliaires*. Paris.

« En présence des faits si nombreux, fournis par la pathologie expérimentale et l'anatomie pathologique, on est porté à considérer les hypertrophies partielles du foie non comme une simple curiosité anatomique, mais comme un fait clinique qu'il faut rechercher et que l'on doit savoir interpréter. »

ARTICLE III

Diagnostic clinique de la languette hépatique.

Nous avons vu que la languette hépatique n'a pas une symptomatologie propre et qu'on peut considérer les signes, par lesquels elle se manifeste, comme autant de petits signes de lithiasé biliaire. C'est dans les cas de lithiasé fruste, dont les symptômes nous apparaissent si méconnaissables, que la languette hépatique acquiert toute la valeur diagnostique d'un symptôme.

Il importe dès lors de la rechercher dans tous les cas où l'on soupçonne une lithiasé biliaire et de la distinguer des autres tumeurs de l'hypochondre droit.

On sait les difficultés qui présente le diagnostic précis de ces tumeurs et que seule la laparotomie exploratrice avait permis à Terrier et Gérard Marchant, pour ne citer que ces deux auteurs, de reconnaître une languette hépatique à laquelle ils n'avaient pas pensé.

Nous distinguerons avec Terrier les tumeurs de l'hypochondre droit en tumeurs : 1° D'origine hépatique ; 2° d'origine vésiculaire ; 3° d'origine rénale ; 4° d'origine gastrique ; 5° péritonéales ; 6° intestinales ; 7° pariétales et 8° tumeurs du pancréas et des canaux biliaires.

1° *Diagnostic d'avec les autres tumeurs hépatiques.* —

a) Le foie mobile vient presque toujours occuper l'hypochondre droit et peut se présenter sous la forme d'un lobe très hypertrophié. Mais dans ce cas la percussion de l'aire hépatique montrera l'absence du foie à sa place normale

et la présence dans la cavité abdominale d'une grande masse correspondant à celle du foie. La tumeur peut être réduite par l'application des deux mains de l'explorateur tendant à remonter le foie à sa place. Le port d'une ceinture, qui ne serait pas supportée par un lithiasique, soulage le malade.

b) Le kyste hydatique est parfois accompagné d'ictère et peut siéger sous le rebord costal droit ; mais il se présente comme une masse indolore, élastique, arrondie, ne donnant pas la sensation du ballottement et surtout aucune sensation de ressaut, comme les lobes hypertrophiés du foie. Les signes du kyste hydatique : dégoût des aliments gras, urticaire, pleurésie droite, douleur lancinante de l'épaule droite, éosinophilie lèveront les doutes.

c) L'abcès du foie va toujours accompagné de fièvre à grandes oscillations et exacerbations vespérales, douleur fixe à une région donnée du foie, état général grave, fluctuation.

d) Le cancer du foie est rarement représenté par un noyau unique, mais par des bosselures sur tout le rebord costal ; de plus, il ne donne pas de sensation de ballottement, ni de sensation de ressaut au doigt.

2° *Tumeurs d'origine vésiculaire.* — Elles accompagnent souvent les crises de coliques hépatiques ; elles peuvent présenter le phénomène du ballottement, les mouvements de latéralité. Elles sont d'un diagnostic difficile, car les grosses vésicules hydropiques masquent les contours de la languette qui leur est accolée intimement. Celle-ci passe inaperçue à la palpation, ce qui, du reste, n'a pas une grande importance, la tumeur vésiculaire étant suffisante pour diriger la conduite de l'opérateur. L'erreur n'aurait pas la gravité que lui attribuait, en 1865, M. le professeur Trousseau, quand il disait à propos du cas que nous avons relaté plus haut (*voir obs. I^{re}*) :

« J'ajoute encore qu'il était impossible de ne pas prendre

pour la vésicule distendue par des calculs un lobulé irrégulier qu'on sentait à travers les parois de l'abdomen. Or, on voit d'ici l'embarras du chirurgien qui aurait osé porter une main téméraire sur cette prétendue vésicule, en vue d'évacuer les calculs supposés. »

a) Pour éviter la confusion entre une languette hépatique et une vésicule distendue, la palpation, comme nous le disions à propos des symptômes objectifs, permet de reconnaître la tumeur vésiculaire plus douloureuse à la pression, arrondie, globuleuse, pyriforme, sans bords tranchants, sans aucune sensation de ressaut au doigt. On peut aussi chercher le signe de J.-L. Petit qui, par une malaxation de la vésicule, obtenait le choc des calculs comme des « noisettes enfermées dans un sac », signe malheureusement très inconstant même dans les cas de vésicule calculeuse. Celle-ci est parfois tellement dure qu'on ne peut se défendre de penser qu'on palpe une pierre à son intérieur.

b) Le cancer de la vésicule présente des points durs et ramollis ; il ne donne pas la sensation du ballottement ; il est le siège de douleurs spontanées, continuelles. L'état général est rapidement modifié.

3° *Tumeurs d'origine rénale.* — a) Le rein flottant peut être facilement confondu avec la languette hépatique et l'erreur n'a été reconnue qu'après laparatomie comme dans les cas de Terrier et Baudouin, de Gérard Marchant. L'erreur est d'autant plus facile que le rein flottant peut s'accompagner d'ictère comme le fait remarquer M. Terrier.

La percussion peut cependant nous montrer, dans le cas de rein flottant à droite, une zone de sonorité interposée entre le foie et la tumeur. Si ce signe est absent à un premier examen il faudra le rechercher jusqu'à ce qu'on ait la conviction que la tumeur tient au foie ou dépend du rein ectopié. Ce signe est considéré comme infidèle par le professeur Terrier qui fait remarquer que : « Par suite d'adhérences, un rein ectopié a pu présenter dans certains

cas avec le foie, les mêmes rapports qu'une vésicule ». Le fait que la tumeur rénale est réductible vers le haut, l'absence du rein constatée par la percussion et la palpation de la région lombaire, et les troubles liés au rein flottant permettront de faire le diagnostic d'avec une languette hépatique plus superficielle, et présentant la sensation du ressaut caractéristique.

b) L'hydronéphrose et le cancer du rein ont une évolution bien caractérisée et s'accompagnent de troubles urinaires. L'examen microscopique des urines lèvera les doutes.

4° *Tumeurs gastriques.* — Elles sont très facilement confondues avec les tumeurs à siège vésiculaire qui peuvent s'accompagner de dilatation, d'intolérance gastrique avec vomissements, clapotement et simuler un néoplasme pylorique. La radioscopie, la distention de l'estomac par un mélange gazogène permettront de rapporter l'obstruction pylorique à sa véritable cause. De plus, il faut rechercher le ressaut du bord hépatique.

5° *Tumeurs péritonéales.* — a) La plus fréquente cause d'erreur, la péricholécystite s'accompagne d'état général gravement atteint avec signes péritonéaux : facies péritonéal, immobilité du diaphragme, tuméfaction pâteuse, douleur intense, etc.

b) Les autres affections du péritoine telles que les lipomes, les tumeurs du mésentère et du grand épiploon seront facilement isolables par la percussion qui montre une zone sonore entre le foie et la tumeur ; elles ne suivent pas les mouvements imprimés au foie par la respiration. De plus la sensation du ressaut hépatique est absente.

6° *Tumeurs d'origine intestinale.* — a) Le cancer du gros intestin a une symptomatologie caractéristique. De plus il est facile de délimiter par la percussion et par la palpa-

tion la languette dont la matité fait suite à celle du foie sans interposition de zone sonore.

La radiographie après lavement bismuthé lèvera les doutes.

b) *Les concrétions fécales* siègent de préférence au cœcum, au côlon ascendant et dans l'S iliaque ; elles donnent une sensation particulière de déformation sous la pression des doigts ; un lavement peut les faire disparaître.

7° *Les tumeurs pariétales* au niveau de l'hypochondre droit doivent être reconnues en leur imprimant des mouvements pendant le relâchement des muscles de la paroi abdominale et pendant leur contraction ; dans le dernier cas elles n'obéissent pas aux efforts de déplacement qu'on leur imprime.

8° *Tumeurs d'origine pancréatique et tumeurs des canaux biliaires principaux.* a) Le cancer de la tête du pancréas ne peut être confondu avec une languette hépatique, car lorsqu'il atteint un volume sensible l'apparition de signes bien caractéristiques et précoces empêchent toute confusion : cachexie rapide, ictère progressif et bronzé, absence de digestion pancréatique, glycosurie avec ou sans syndrome diabétique (Bard et Pic).

b) Le cancer de l'ampoule de Vater se manifeste aussi assez tôt par l'ictère progressif, l'absence de digestion pancréatique et par des phénomènes du côté du duodénum (diarrhée, hémorragies).

c) Le cancer du confluent cystico-hépatique et le cancer du cholédoque ont une symptomatologie analogue se traduisant toujours par la cachexie, l'ictère par rétention, l'augmentation du volume de la vésicule, hydropique dans le premier cas, pleine de bile dans le second cas.

La rétention de la bile et l'augmentation de volume de la vésicule retentissent sur le foie qui est gros et tend à émettre un prolongement comme dans les cas de lithiase

biliaire avec vésicule dilatée (*voy.* Langnette hépatique et cancer).

La constatation de la présence d'une languette hépatique ne peut pas égarer le diagnostic entre lithiasé et cancer car il s'impose pendant l'examen qui révèle l'ictère foncé, le mauvais état général et le signe de Courvoisier-Terrier découvert par MM. Bard et Pic en 1888 (1).

Ayant ainsi mis en relief les caractères différentiels de la *languette hépatique*, nous nous permettons d'insister sur un point : il faut éviter l'erreur consistant à prendre la languette pour une *vésicule dilatée* dans les cas où l'on soupçonne la lithiasé du cholédoque, puisque, dans ce dernier cas, suivant la loi de Courvoisier-Terrier, la vésicule n'est pas dilatée, mais ratatinée. C'est ce qui a fait dire à M. Gérard Marchant que le prolongement hépatique qu'on sent dans l'hypochondre droit ne fait qu'égarer le diagnostic.

Voici, d'ailleurs, ses mots :

« Il faudra ne jamais oublier la *coexistence possible* d'un appendice linguiforme du foie avec les calculs du cholédoque. On évitera ainsi de confondre cette disposition du foie avec une vésicule biliaire distendue, qui éloignerait du diagnostic, au lieu de le favoriser. »

Or, ce qui nous a frappé en parcourant nos observations, c'est la *coexistence très fréquente* des deux processus, ce qui confère à la languette sa véritable valeur diagnostique dans la lithiasé des voies biliaires, comme nous en avons donné des exemples. La languette hépatique facilement reconnaissable dans les cas de distension vésiculaire deviendrait d'un diagnostic plus discutable dans la lithiasé cholédoquienne si on ne tenait compte du signe de Courvoisier-Terrier.

(1) Cancer primitif du pancréas. *Rev. de Médecine*, t. VIII, p. 257, 1888.

CHAPITRE II

Quelques considérations sur le traitement.

Les questions du traitement de la languette hépatique gagnera à être exposée avec celle du traitement des lobes flottants du foie en général.

Le premier chirurgien qui ait tenté le traitement du lobe flottant du foie fut Billroth qui le fixa à la paroi abdominale à l'aide d'un seul fil passé dans le tissu cicatriciel calleux qu'occupait le voisinage du pédicule. Le diagnostic clinique fut celui de tumeur néoplasique du rein, de l'intestin ou des glandes rétro-péritonéales. La laparotomie, pratiquée le 21 mars 1884, conduit sur un lobe irrégulièrement lobulé, bosselé, de couleur rouge brunâtre, pédiculé qu'on attribua soit à des vêtements trop serrés (il s'agissait d'une femme de 36 ans), soit à une affection syphilitique du foie.

Ritter von Hacker, qui publia cette observation, ne fait aucune allusion à l'état des voies biliaires.

La malade avait pu reprendre son travail et les troubles : vomissements, fièvre, douleurs lancinantes avaient disparu.

Peu après, Tscherning, de Copenhague, publia le cas analogue d'une femme de 36 ans qui souffrait d'une tumeur abdominale droite avec des accès douloureux durant de 2 à 3 jours, et de douleurs sourdes constantes : ces douleurs s'irradiaient vers le dos et les flancs, Pas de fièvre.

Tscherning, qui connaissait l'observation de Billroth, posa le diagnostic probable du lobe flottant du foie. L'opération pratiquée le 9 juillet 1886, permit de constater, en effet, qu'il s'agissait d'un lobe flottant relié au lobe droit par un large pédicule. Fixation à la paroi abdominale latérale par deux fils pénétrant profondément dans le parenchyme hépatique.

Dans les premiers jours, il y eut une légère élévation de la température, de l'ictère et de l'albuminurie. Guérison en deux semaines. La malade a pu reprendre ses occupations, mais des douleurs reviennent de temps à autre.

En 1891, M. Gérard Marchant pratiqua, pour la première fois, l'hépatopexie totale pour remédier à la chute du foie tout entier. La technique de cette opération a été exposée dans la thèse de M. J.-L. Faure (1892).

En ce qui concerne les lobes flottants, l'hépatopexie, quoi qu'elle semble une opération incomplète, met à couvert contre les dangers de l'extirpation comme la pratiquèrent Langenbuch et Bastianelli.

Dans le cas de Langenbuch, il s'agissait d'une femme de 30 ans portant une tumeur abdominale et pour laquelle il pratiqua la laparotomie exploratrice le 13 janvier 1887 ; elle conduisit sur un gros lobe pédiculé de la partie gauche du foie. Langenbuch crut nécessaire d'en faire la résection en divisant le pédicule en plusieurs pédicules secondaires qu'il ligatura en laissant un bout assez long au-dessous de la ligature. Mais le soir même apparaissaient des signes d'hémorragie interne. Langenbuch se vit obligé d'arrêter l'hémorragie en rouvrant le ventre pour aller lier le vaisseau qui saignait. Guérison.

Dans l'observation de Bastianelli (1895), il s'agissait d'une femme de 37 ans portant une tumeur de la région abdominale droite. Le diagnostic fut : rein mobile devenu cancéreux. Une laparotomie latérale fit reconnaître un lobe pédiculé du foie qui fut réséqué après avoir placé un tube élastique sur la partie du tissu hépatique qui servait de pont. Une légère hémorragie put être arrêtée au thermocautère. Guérison.

En France, Cabanés (d'Alger), Walther, Tuffier, Riche, etc., etc., ont fait des résections partielles du foie pour tumeur ou pour lobe flottant.

Terrier et Auvray, au cours d'une série d'expériences sur le chien, ont enlevé une partie de la glande hépatique

avec succès et donné l'exemple en faveur d'une opération devenue nécessaire depuis qu'on s'attaque au cancer de la vésicule.

M. Goullioud a pratiqué en 1899, chez une femme de 46 ans, la résection d'une languette de tissu hépatique qui présentait une adhérence avec une tumeur pylorique et un noyau de généralisation bien limité. L'hémostase n'a pas été difficile.

En ce qui concerne la *languette hépatique*, son traitement sera celui de l'état morbide qui lui a donné naissance. Les opérations conduites contre la lithiase biliaire, la cholécystotomie, la cholécystectomie et l'opération de Kehr suffisent pour amener l'atrophie spontanée de la languette dans un délai plus ou moins long, comme nous l'avons observé dans quelques cas de malades revues trois mois ou six mois après.

Cela prouve, une fois de plus, que le mécanisme de sa formation est bien dû à la lithiase. Ce qui le prouve encore, c'est que, dans les cas de lithiase non reconnue, l'hépatopexie ne suffit pas pour faire disparaître les phénomènes pour lesquels les malades sont venus, décidés à une intervention.

Voici un cas où, malgré l'intervention en vue de fixer un foie abaissé, la malade n'a pas été guérie.

OBSERVATION XXVIII.

Bobroff (Wratch, 1895.) — *Coliques hépatiques. — Lobe flottant du foie, hépatopexie non suivie de guérison. (Th. de Duvernoy) Résumée.*

Femme de 50 ans, présente depuis 20 ans des crises de coliques hépatiques.

Actuellement. — Elle se plaint de douleurs violentes du côté droit de l'abdomen. La marche et la position assise sont très pénibles. La limite inférieure du foie touche la crête iliaque.

Laparotomie. — On trouve un foie hypertrophié et abaissé. Sutures à travers le tissu hépatique avec deux fils de soie très gros,

fixés à la 9^e côte. On laboure la face supérieure du foie, avec l'aiguille à sutures, pour favoriser les adhérences. Aussitôt après l'opération, l'ictère diminue. La malade a pu marcher sans douleurs.

Mais l'ictère fait sa réapparition. La malade ne souffre pas lorsqu'elle est couchée ou qu'elle marche doucement. On porte le diagnostic de lithiasé biliaire.

Il s'agissait donc d'une femme ayant déjà souffert de coliques hépatiques avant l'opération, très probablement atteinte de lithiasé, car le chirurgien qui l'opéra et revit la malade après l'affirme. Ce qui a été attribué à un abaissement du foie n'était autre chose qu'une *languette hépatique*, un lobe flottant chez une lithiasique. L'hépatopexie n'a pas suffi.

Dans un autre cas, il semble que le chirurgien n'ait décidé l'intervention qu'en vue de fixer un lobe flottant ; mais il se trouva en présence d'une lithiasé du cholédoque au cours de l'opération.

OBSERVATION XXIX.

Depage. Bruxelles, 1893. — *Foie débordant les fausses côtes. — Calcul du cholédoque. — Cholécotomie. — Fixation du foie. — Mort.* (Th. de Duvernoy) Résumée.

Femme de 40 ans, ayant présenté depuis longtemps des crises douloureuses, subictère, vomissements. L'inspection fait voir une paroi abdominale éventrée. Le foie dépasse les fausses côtes de plusieurs travers de doigt. Réfection de la paroi abdominale. L'opération est compliquée par la nécessité où l'on se trouve de pratiquer une cholécotomie pour extraire un calcul du cholédoque. Mort par choc, 32 heures après l'opération.

Le traitement de la forme de lobe flottant, lié à la lithiasé, ne saurait être autre que celui de l'état morbide qui l'a provoqué.

La cholécystectomie, le drainage des voies biliaires principales, en enlevant la tumeur vésiculaire et les calculs, cause de l'obstruction, auront pour résultat de faire rétro-

céder les phénomènes d'angiocholite et de dilatation des canalicules biliaires. Le foie temporairement allongé pourra reprendre sa place.

Statistique tirée des malades traités pour lithiase biliaire à l'hôpital Saint-Joseph, service du Docteur Goullioud.

Des 122 observations que nous avons parcourues, concernant des lithiasiques, 21 ne signalent aucun examen du foie, l'examen systématique ayant été négligé jusqu'à l'apparition de plusieurs cas de languette hépatique accompagnant la lithiase qui ont attiré l'attention de notre chef de service.

Des cas restants, c'est-à-dire des 101 cas où l'examen du foie a été pratiqué : 90 appartiennent à la lithiase biliaire avec hypertrophie du foie, soit une proportion de 90 % des cas.

Ces cas se décomposent ainsi :

82 cas d'hypertrophie en *languette hépatique* localisée dans la région vésiculaire.

8 cas présentant une cirrhose hypertrophique généralisée, dont 5 appartiennent à l'homme et 3 à la femme.

11 cas ne présentent pas de languette hépatique.

Les 82 cas avec languette hépatique comprennent 59 cas suivis d'intervention chirurgicale venant confirmer le diagnostic clinique (54 chez la femme et 5 chez l'homme) et 23 traités médicalement.

Dans le cancer des voies biliaires, la languette hépatique a été rencontrée 16 fois.

CONCLUSIONS

1° On observe dans 90 % des cas de lithiase biliaire, un processus hypertrophiant du foie n'apparaissant que tardivement ;

2° L'hypertrophie dans 82 % des cas revêt la forme de *languette hépatique*, perceptible cliniquement dans les cas justiciables de la chirurgie ;

3° Suivant le mécanisme qui préside à sa formation on distingue la languette hépatique par *traction* et la languette hépatique par *stase* biliaire et sanguine, suivant qu'il s'agisse de lithiase vésiculaire, ou cholédocienne.

4° Les symptômes de la languette hépatique sont empruntés à la lithiase biliaire ;

5° Elle est à rechercher quand le diagnostic de lithiase est obscur.

6° Le traitement de la languette est celui de la lithiase biliaire. Elle s'atrophie quand les causes hypertrophiantes ont disparu.

Le Président de la Thèse,
J. COLLET.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 juin 1918.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — La cholécystite à forme d'appendicite. *Lyon Médical*, février 1901, n^{os} 7 et 8.
- ARCELIN. — La radiographie des calculs biliaires. *Lyon Médical*, 28 juillet 1907, p. 152.
- ARCELIN. — *Lyon Médical*, 1910, p. 1072.
- ARCELIN. — *Lyon Médical*, 1913, n^o 21.
- AUVRAY. — Etude expérimentale sur la résection du foie chez l'homme et chez les animaux. *Rev. de Chir.*, 1897, p. 318.
- BACHY. — De la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire. *Th. Paris*, mai 1913.
- BARD ET PIC. — Cancer primitif du pancréas. *Rev. de Méd.*, 1888, t. VIII.
- BARD ET PIC. — De la glycosurie dans le cancer primitif du pancréas. *Rev. de Méd.*, 1897, p. 929.
- P. DE BARDON. — Hydropisie des voies biliaires intrahépatiques et son traitement. *Th. Lyon*, 1908-1909.
- BASTIANELLI. — *Il policlinico*, 1^{er} avril 1895.
- BÉRARD. — Trois cas de cholécystectomie pour calculs du cystique avec rétention vésiculaire intermittente. *Soc. de chir. de Lyon*, 26 mai 1910. *Lyon chirurgical*, t. IV, p. 98.
- BÉRARD. — *Lyon chirurgical*, t. VII, p. 110.
- BÉRARD. — *Lyon Médical*, 1906, t. II, p. 653.
- BOIVIN. — Le foie appendiculaire. *Th. Paris*, 1906.
- BOUQUET DE LA JOLINIÈRE. — Des adhérences péritonéales considérées comme cause des phénomènes douloureux. *Th. Lyon*, 1896.
- BOUVERET. — In Thèse de Chapotot « L'estomac et le corset ». *Th. Lyon*, 1892.

- BRAQUEHAYE ET WICHU. — En quel point le rebord hépatique coupe-t-il sur le vivant le rebord costal gauche ? *Bul. Soc. Anat.*, Paris, 1899.
- BURGERY ET JACOB. — *Anatomie de l'homme*, Delaunay, éditeur. T. V. pl. 37.
- BUY. — Les sillons diaphragmatiques du foie. *Bibliographie anat.*, t. XIII, 1905.
- CARMICHAEL. — On the position of the gall bladder in the human subject. *Journ. anat. and physiol.*, 1902, vol. XXXVII.
- CARNOT. — Les maladies du foie en 1914. *Paris Médical*, n° 27, juin 1914.
- CASTAIGNE ET CHIRAY. — In *Manuel des maladies du foie*, 1910. Masson, éditeur.
- CHAUFFARD. — Valeur clinique de l'infection comme cause de lithiase biliaire. *Rev. de Méd.*, 1987, p. 81.
- CHAUFFARD. — Des indications thérapeutiques dans la cholélithiase infectée. *Sem. Méd.*, 1904, n° 3.
- CHAUFFARD. — La lithiase du cholédoque. *Sem. Méd.*, 10 janvier 1906.
- CHAUFFARD. — Pathogénie de la lithiase biliaire. Rôle de la hypercholestérinémie. *Presse Médicale*, 15 novembre 1913.
- CHAUFFARD. — *Leçons sur la lithiase biliaire*, Paris. Masson, éditeur, 1914.
- CHAUFFARD. — Les variations de la cholestérinémie durant le cycle menstruel, d'après des recherches récentes. *Presse Médicale*, 7 juin 1917.
- CHILAUDITI. — L'hépatoptose avec interposition de viscère, entre le foie et la coupole diaphragmatique. *Presse Médicale*, 21 janvier 1911.
- COLLET. — *Pathologie Interne*. Col. Testut, 1914.
- COLOMBIER. — Examen radiologique des voies biliaires. *Th. Paris*, 1913-1914.
- CORNIL. — Sur les lésions des canaux biliaires intra et extralobulaires et des cellules dans la rétention de la bile. *Arch. de Med. exper. et d'anat. path.*, 1903.

- CORNIL ET RANVIER. — *Traité d'histologie pathologique*. Masson, éditeur, 1912.
- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et des complications. *Th. Lyon*, 1908.
- COTTE. — Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire. *Lyon Chirurgical*, 1910.
- COTTE ET ARNAUD. — *Rev. de Chir.*, 1911, p. 338.
- COUTURIER. — Contribution à l'étude de l'hépatopexie. *Th. Bordeaux*, 1895.
- CRUVEILHIER. — *Anatomie pathologique*, livraison 29, pl. 4, fig. 1, 2, 3 et texte.
- DEBOVE. — La lithiase comme cause de cirrhose hypertrophique biliaire. *Sem. Méd.*, 1904.
- DELORE ET COTTE, — *Rev. de Chir.*, p. 33.
- DENIGÈS. — Etude expérimentale sur la localisation de l'arsénic. *Soc. Biol.*, 6 mai 1905.
- DEPAGE. — *De l'intervention chirurgicale dans la splachnoptose*. Bruxelles, 1893.
- P. ET P. DESCOMPS ET DE LALAUBIE. — Les voies biliaires principales intrahépatiques. *Paris Médical*, 15 juin 1912.
- DÉVÉ. — Au sujet des localisations lobaires hépatiques. *C. R. Soc. Biol.*, 1907, p. 600.
- DEVIC ET GALLAVARDIN. — Cancer des voies biliaires. *Rev. de Méd.*, 1901, p. 557, 659 et 839.
- DIEULAFOY. — Cholécytite et appendicite. *Bul. Ac. de Méd.*, 1903, et *Presse Médicale*, 17 juin 1903.
- DIEULAFOY. — *Manuel de pathologie interne*, 16^e édition.
- DUVERNOY. — Le foie mobile. *Th. Paris*, 1897-1898.
- J.-L. FAURE. — L'appareil suspenseur du foie. L'hépatoptose et l'hépatopexie. *Th. Paris*, 1891-1892.
- FRANÇAIS. — Etude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque. *Th. Paris*, 1906.
- FRANÇON. — De la palpation du foie par le « procédé du pouce ». *Th. Lyon*, 1888.

- GARNIER. — In *Maladies du foie et leur traitement*, par les docteurs Garnier, Lereboullet, Herscher, etc. Baillière et fils, Paris.
- GLÉNARD (Frantz). — Des résultats objectifs de l'exploration du foie chez les diabétiques. *Lyon Médical*, 1890, nos 16, 18, 20, 21 et 23.
- GLÉNARD (Frantz). — Palpation bimamelle du foie par le « procédé du pouce ». Introduction à l'étude de l'hépatisme. *Lyon Médical*, 3 janvier 1892, nos 1, 2, 3, 4.
- GLÉNARD (Frantz). — Des localisations lobaires hépatiques. *Bul. Soc. Méd. des hôp.*, Paris, avril 1901.
- GLÉNARD (Frantz). — Congrès de Lisbonne. C. R. dans *Bul. Soc. Méd.*, mai 1906 et *Rev. mal. nutrition*, mai, juin et juillet 1906.
- GLÉNARD (Frantz). — Critique de l'indépendance des lobes du foie. *Rev. mal. nutrition*, mai et juin 1909.
- GLÉNARD (Frantz). — De l'hépatisme. *Le Monde Médical*, 5 mai et 15 mai 1913.
- GLÉNARD (F.) ET SIRAUD. — Etudes expérimentales sur les modifications de l'aspect physique du foie cadavérique par les injections aqueuses dans les veines de cet organe. *Lyon Médical*, 1895.
- GLÉNARD (R.). — De l'indépendance des lobes du foie. *Progrès Médical*, 22 février 1908.
- GILBERT ET SURMONT. — Brouardel et Gilbert. In *Traité de Médecine*.
- GOULLIoud. — Soc. de Chir. de Lyon, 8 juin 1899 et *Arch. provinciales de Chir.*, 1899, p. 555.
- GUÉNIOT. — La lithiase vésiculaire. *Th. Paris*, 1903.
- GUIBÉ ET HERRENSCHMIDT. — Kyste hydatique du foie. *Soc. anat.*, février 1907.
- GUSSIO. — *Sem. Méd.*, 1909, p. 395.
- HOUDARD. — Troubles dyspeptiques et lithiase biliaire. *Th. Paris*, 1904.
- JABOULAY. — *Leçons de clinique chirurgicale*, Maloine, éditeur, 1904.
- JACQUEMET. — Considérations sur les anomalies du foie et des voies biliaires. *Th. Lyon*, 1895-1896.

- JALIFIER. — La vésicule flottante. *Th. Lyon*, 1912-1913.
- JOVANE. — De la teneur des divers lobes du foie en glycogène chez les lapins. *La Pédiatria*, mars 1903.
- KAUFFMANN. — Le syndrome colique hépatique. *Th. Paris*, 1899-1900.
- LAPOUBLE. — Etude sur les abcès du foie d'origine appendiculaire. *Th. Bordeaux*, 1905.
- LEBERT. — *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, Baillière, 1861.
- LECÈNE. — Les lésions microscopiques de la vésicule biliaire lithiasique. *Presse Médicale*, 6 décembre 1913.
- LE LIONNAIS. — Tumeurs de l'hypochondre droit formées par la vésicule biliaire. *Th. Paris*, 1896.
- LESNÉ ET LÉDERICH. — Cirrhose spléno-hépatique. *Soc. Méd. des hôp.*, 9 décembre 1904.
- LETULLE. — L'examen du foie. *Presse Médicale*, 27 octobre 1906.
- LETULLE. — *Inspection, palpation, percussion, auscultation*. Masson, éditeur, Paris.
- LETULLE. — Le foie à lobe flottant. *Presse Médicale*, 10 décembre 1910.
- LETULLE. — Hépatoptose et rayons X. *Presse Médicale*, 28 juin 1913.
- LÉPER. — Les petits signes gastriques de la lithiase biliaire. *Le Monde Médical*, 5 juillet 1914.
- LOISON. — Complications hépatiques de l'appendicite. *Rev. de chir.*, 1900, p. 522.
- LOOTEN. — Contribution à l'étude de l'indépendance vasculaire du foie droit et du foie gauche. *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, n° 2, 1908.
- MAINGOT. — Le radiodiagnostic de la lithiase biliaire. *Th. Paris*, 1909.
- MARCHANT (Gérard). — De la cholédoectomie. *Presse Médicale*, 6 juin 1896.
- MAYO ROBSON. — *Diseases of the gall bladder and bile ducts*, London, 1904.
- MOCQUOT. — L'état de la vésicule dans la lithiase du cholédoque. *Th. Paris*, 1909-1910.

- MONGOUR. — *Ac. de Méd.*, mai 1903.
- MONGOUR ET SÉRÉGÉ. — *Bul. Médical*, 26 janvier 1903.
- MOUCHOTTE ET KUSS. — Lobulation et lobes aberrants du foie. *Bul. Soc. anat.*, 1900.
- PAPIN. — Les indications de l'intervention chirurgicale dans l'ictère. *Th. Bordeaux*, 1914.
- PARTURIER. — La colique vésiculaire. *Th. Paris*, 1910.
- PICHEVIN. — Coïncidence d'un lobe du foie avec un rein flottant. *Progrès Médical*, 13 octobre 1888.
- PINCHERLE. — Il problema della indipendenza dei territorii epatici. *Clinica Medica*, 1905.
- PINCHERLE. — *Arch. de Biologia nle et pathologica*, août 1905.
- PINCHERLE. — *Bulletino discienze mediche*, Bologne, 1905.
- PILLIET ET GOSSET. — Appendicite ; abcès du foie. *Soc. anat.*, 6 octobre 1895.
- PIGUAUD. — Le hile du foie. *Bul. Soc. anat.*, 1910.
- POLLATSCHEK. — Un procédé de palpation du bord inférieur du foie pour le diagnostic des formes frustes de la colique hépatique. *Sem. Méd.*, 1899, p. 127.
- POIRIER ET CHARPY. — *Traité d'anatomie humaine*.
- QUÉNU. — Des indications chirurgicales dans la lithiase biliaire. *Rev. de Chir.*, 1908.
- QUÉNU ET MATHIEU. — La lithiase des branches de bifurcation de l'hépatique. *Rev. de Chir.*, 10 février 1914.
- RENDU ET WIDAL. — Splénomégalie tuberculeuse et cirrhose du foie. *Soc. Méd. des hôp.*, 2 juin 1899.
- H. RENDU. — Les lésions hépatiques d'origine appendiculaire et leur retentissement gastrique. *Th. Paris*, 1908.
- RICALDONI. — *Lesiones y enfermedades del higado*, Montevideo, 1904.
- RIEDEL. — *Berlin Klin. Woch.*, 1888, nos 29 et 30.
- RITTER VON HACKER. — *Wiener med. woch.*, 1886, nos 14 et 15.
- RUTHON. — Diagnostic et traitement du cancer primitif des voies biliaires. *Th. Lyon*, 1905-1906.

- SANGLINE. — L'hépatoptose. *Th. Paris*, 1896.
- SEGOND. — In *Traité de Chirurgie*. Duplay et Reclus.
- SÉRÉGÉ. — Circulation du sang porte dans le foie et localisations lobaires hépatiques. *Journ. Méd. Bordeaux*, avril 1901.
- SÉRÉGÉ. — *VI^e Congrès Méd.*, 1902, Toulouse.
- SÉRÉGÉ. — *Journ. Méd. de Bordeaux*, avril 1903.
- SÉRÉGÉ. — Sur un point de l'anatomie des veines sus-hépatiques. *Soc. Biol.*, 17 décembre 1904.
- SÉRÉGÉ. — Sur la teneur de chaque foie en glycogène. *Soc. Biol.*, 17 décembre 1904.
- SÉRÉGÉ. — *De la fonction biologique distincte des accouplements hépatiques avec le tube gastro-intestinal*, Maloine, 1905.
- SÉRÉGÉ. — *Académ. des Sciences*, 20 mars 1905.
- SÉRÉGÉ. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, mai 1905.
- SÉRÉGÉ. — *Soc. Biol.*, 7 avril 1906.
- SÉRÉGÉ. — *Gaz. hebdomadaire de Sc. méd. Bordeaux*, avril 1907.
- SÉRÉGÉ. — Le foie des gros mangeurs. *Rev. mal. de la nutrition*, avril 1909.
- SÉRÉGÉ. — Sur l'existence de constantes anatomo-pathologiques et cliniques affirmant l'indépendance anatomique et fonctionnelle des lobes du foie. *Rev. mal. de la nutrition*, mai, juin, juillet 1909.
- SÉRÉGÉ ET SOULÉ. — Sur la vitesse de circulation du sang dans le foie gauche et le foie droit. *Soc. Biol.*, mars 1905.
- SILVESTRI. — Sull'indipendenza funzionale et anatomica dei lobi del fegato. *Gazzetta degli ospedali*, 1905.
- SOULÉ. — Sillons costaux du foie. *Th. Toulouse*, 1902.
- SURMONT. — Lithiase biliaire à forme sialorrhéique. *Paris Médical*, 28 décembre 1912.
- SYMINGTON. — On certain physiological variations in the shape and position of the liver. *Edinburgh Med. Journ.*, 1888.
- TERRIER ET AUVRAY. — Le foie mobile et son traitement chirurgical. *Rev. de Chir.*, 1897, p. 621 et 729.

- TERRIER ET BAUDOUIN. — Lobe du foie flottant, calcul de la vésicule biliaire. *Progrès Médical*, 18 août 1888.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*, 1912.
- TESTUT ET JACOB. — *Anatomie Topographique*, 1906.
- TRIPPIER ET PAVIOT. — Pathogénie péritonitique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques. *Sem. Méd.*, 1903, n° 4.
- TRIPPIER ET PAVIOT. — La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire. *Encycl. Léauté*, Masson, Paris.
- TROUSSEAU. — *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1865, t. III, p. 231.
- TSCHERNING. — *Centralblatt für Chirurgie*, 9 juin 1888, XV, p. 426.
- TUFFIER. — Diagnostic des tumeurs de l'hypochondre droit. *Presse Médicale*, 10 juin 1905.
- TUFFIER ET MAUTÉ. — Cirrhose et appendicite. *Presse Médicale*, 29 juin 1904.
- VILLARD ET COTTE. — Hydropisie intermittente de la vésicule. *Rev. de Chir.*, 1906, janvier et février.
- VILLARD ET PERRIN. — La lithiase du cholédoque, quarante observations personnelles. *Lyon Médical*, 19 octobre 1913.
- WALTER SALLIS. — Le foie dans l'appendicite. *Rev. de Chir.*, 10 février et 10 mai 1914.
- WIART. — Recherches sur l'anatomie topographique et les voies d'accès du cholédoque. *Th. Paris*, 1899.
- ZIEMBICKI. — Hypertrophie de la vésicule biliaire luxée dans l'arrière cavité des épiploons. *Bul. et mem. de la Soc. de Chir.*, 6 mai 1914.

